This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No. .....

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

J. F. B.

J. J.

Allgemeine Zeitschrift

für

Psychiatrie

und

psychisch-gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

PRINCETON MEDICAL LIBRARY AUG 9 1894 ASS'N.

unter der Mit-Redaktion von

Grashey München — **von Krafft-Ebing** Wien — **Pelman** Bonn — **Schuchardt** Sachsenberg — **Schüle** Illenau

durch

H. Laehr.

Neunundvierzigster Band.

Mit vier Tafeln.

Berlin.
Druck und Verlag von Georg Reimer.
1893.

Digitized by Google

CATALOGUED
AUG 9 1894
E. H.

Digitized by Google

Inhalt.

Erstes und zweites Heft.

Originalien.

Seite

Zur Aetiologie der allgemeinen fortschreitenden Paralyse. Von Sanitätsrath Dr. *Oebeke* in Bonn (Endenich). 1

Ueber katatonische Symptome im Verlaufe der Paralyse bei Frauen. Von Dr. *P. Näcke*-Hubertusburg. 51

Ein Fall von Aphasie bei Gehirnlues. Von *Karl Heilbronner*-München. 58

Untersuchungen über den Hypnotismus. Zugleich ein klinischer Beitrag. Von Dr. *Otto Hebold*, Oberarzt der Land-Irrenanstalt zu Sorau. (Mit 6 Abbildungen.) 71

Die geistigen Entwickelungshemmungen durch Schädigung des Kopfes vor, während und gleich nach der Geburt der Kinder. Von Dr. *Wulff* in Langenhagen. 133

Ueber passagere Sprachstörungen bei progressiver Paralyse. Von Dr. *W. Koenig*, I. Assistenzarzt der Irrenabtheilung zu Dalldorf. . . 143

Sprachstörungen bei Geisteskranken. Von Dr. *Otto Klinke*, II. Arzt, Tost O.-S. 160

Ueber die Variabilität der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. Von Dr. *Theodor Kölle*, Volontärarzt der k. w. Staatsirrenanstalt Zwiefalten. 186

Ueber einen Fall von doppelseitiger Hemianopsie mit Seelenblindheit, Photopsien und Gesichtstäuschungen. Von Dr. *Vorster*, II. Arzt in Stephansfeld. Hierzu 1 Abbildung. 227

Ein Fall von spontanem Sonnambulismus. Mitgetheilt von Dr. *J. A. Höfelt*, Advocat in Rotterdam. Mit Nachwort von Prof. Dr. *A. Forel* in Zürich. 250

Ueber Aphasie bei allgemeiner Paralyse. Von Dr. *Bernhard Ascher*, früherem Assistenzarzte der Irrenanstalt Dalldorf. (Hierzu Tafel I.) 256

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. März 1892. 278

Dr. *P. Näcke*-Hubertusburg, Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe. (Autoreferat.) 278

Herr *Cramer*-Eberswalde, Ueber das Verhalten des Blutdrucks bei primären Stimmungsanomalien. 283

Digitized by Google

Seite

57. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 5. December 1891. 285

Dr. *Kurella*-Kreuzburg, Ueber die öffentliche Fürsorge für Idioten. (Autoreferat.) 285

Dr. *Clemens Neisser*-Leubus, „Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte". 288

Dr. *Heinrich Sachs*-Breslau, „Ueber optische Erinnerungsbilder". (Autoreferat.) 288

Prof. Dr. *Wernicke*-Breslau, „Grundzüge einer psychiatrischen Symptomenlehre". 288

58. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 12. März 1892. 288

Sanitätsrath Dr. *Alter*-Leubus, „Zur provinzialen Fürsorge für Idioten und Epileptische". 289

Dr. *Trepinski*-Görlitz, „Beitrag zur Kenntniss der Entwickelung der Markscheiden in den Hintersträngen des Rückenmarkes" (mit Vorzeigung von Präparaten). (Autoreferat.) 293

Prof. *Pick*-Prag, „Ueber die Combination hysterischer und organisch bedingter Störungen in den Functionen des Auges". 298

Dr. *Freund*-Breslau demonstrirt „Schemata zur Eintragung von Sensibilitätsbefunden". 298

Dr. *Hahn*-Breslau demonstrirt Photographien von Frontalschnitten durch eine Gehirnhemisphäre. 298

Dr. *Heinrich Sachs*-Breslau berichtet unter Vorzeigung von Präparaten aus der Hirnrinde über die *Weigert*'sche Markscheidenfärbung. 298

Literatur.

Dr. *H. Kurella*, *Cesare Lombroso* und die Naturgeschichte des Verbrechers. Von *Pelman*. 300

Psychologie der Suggestion. Von Dr. phil. *Hans Schmidkunz* (Privatdocent [!] der Philosophie an der Universität München). Mit ärztlich-psychologischen Ergänzungen von Dr. phil. et med. *Franz Carl Gerster* (praktischer [!] Arzt in München). Stuttgart, Enke, 1892. gr. 8°, XII, 425 S. Von *Max Dessoir*. 301

Elektrotherapeutische Streitfragen. Verhandlungen der Elektrotherapeuten-Versammlung zu Frankfurt a. M. am 27. Sept. 1891. Herausgegeben von Dr. *L. Edinger*, Dr. *L. Laquer*, Dr. *E. Asch* und Dr. *A. Knoblauch*. Wiesbaden, 1892. 82 S. Von *Hans L.* . . . 303

Ueber die Heilwirkung der Elektricität bei Nerven- und Muskelleiden. Von Prof. *Fr. Schultze* zu Bonn. Wiesb., 1892. 29 S. Von *Hans L.* 304

Werner, *W.* Die Paranoia. Eine Monographie. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1891. Von *Serger*. 304

Der künstliche Schlaf und die ihm ähnlichen Zustände. Von Dr. *A. A. Liébeault*. Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. med. *Otto Dornblüth*, II. Arzte der Prov.-Irrenanstalt Bunzlau. Leipzig u. Wien, Deuticke, 1892. gr. 8°, VII, 203 S. Von *Max Dessoir*. . . 306

S. A. K. Strahan, Instinctive Criminality. London, 1891, 30 S. Von *Hans L.* 307

Digitized by Google

Seite

Th. Kirchhoff, Grundriss einer Geschichte der deutschen Irrenpflege. Berlin, Hirschwald, 1890. 192 S. Von *L.* 308

Dr. *V. Holst* (Riga), Die Behandlung der Hysterie, der Neurasthenie und ähnlicher allgemeiner functioneller Neurosen. 3. umgearb. Aufl. Stuttgart, Enke, 1891. 98 S. Von *L.* 308

Kleinere Mittheilungen.

Der dritte internationale criminelle Anthropologen-Congress zu Brüssel, vom 7.—14. August 1892. Referat von Dr. *P. Näcke*-Hubertusburg. 310

Vergrösserung des Gebietes der steierm. Landes-Irrenanstalt Feldhof. Von *Schlangenhausen.* — Eröffnung der steierm. Landes-Irren-Siechenanstalt Schwanberg. 317

Aus Westpreussen. — Aus Ostpreussen. — Provinz Posen. — Provinzial-Idioten-Anstalt in Kiel. — Illenau. — Nekrolog *L. Snell*, von *Gerstenberg.* — Nekrolog *Th. Meynert*, von *L.* — Nekrolog *Jacob Fischel*, von *Pick.* — Nekrolog *Steenberg*, von *L.* — Nekrolog *Pliny Earle*, von *L.* 319

Druckfehler. 335

Personal-Nachrichten. 336

Drittes Heft.

Originalien.

Ueber die Genese und die pathologisch-anatomische Grundlage des Grössenwahnes bei Paralys. progr. Von Dr. *Sigmund Kornfeld* und *G. Bikeles* in Wien. 337

Motivirtes Gutachten über den Geisteszustand des Schreibers C. Fr. A. Krüger. Von Dr. *Alfred Richter*, Oberarzt der Irrenanstalt der Stadt Berlin in Dalldorf. 382

Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe. Von Dr. *P. Näcke*-Hubertusburg. 396

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

26. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens zu Hannover am 2. Mai 1892. 485

Roller-Lindenhaus, Schädel- und Hirnbefunde bei Geisteskranken. 485

Antrag *Wulff*, die Anstalten für Idioten und Epileptische betreffend. 485

59. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Leubus am 19. Juni 1892. 486

Wernicke-Breslau, Demonstration von Photographien, welche Schnitte durch das Grosshirn in Loupenvergrösserung darstellen. . . . 486

Kahlbaum-Görlitz: Ueber einen Fall von Pseudoparanoia. (Autoreferat.) 486

Schubert-Leubus: Casuistische Mittheilung. 498

Neisser-Leubus: Klinische Demonstrationen. 498

49. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 6. Juli 1892. 499

Digitized by Google

Seite

Oebeke, Mittheilungen über das Leben, die Arbeiten und die Mitglieder des Vereins während seines 25jährigen Bestehens. . . 500

Pelman, Ueber die Entwicklung der Psychiatrie in den verflossenen 25 Jahren. 503

75. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin vom 15. Juni 1892. 505

Kronthal: Ueber Heterotopie grauer Substanz im menschlichen Rückenmark. 506

Weber: Demonstration eines kindlichen Gehirns mit symmetrischen Höhlenbildungen in den Hemisphären. 507

Bothe: Ueber die Erfahrungen, welche in Dalldorf mit der Familienpflege Geisteskranker gemacht sind. 507

Literatur.

L. Löwenfeld, Die objectiven Zeichen der Neurasthenie. — (Münch. med. Abhandlungen. 6. Reihe.) 1892, München. J. F. Lehmann. 55 S. Mk. 1,60. Von *Pelman*. 510

Lehrbuch der Psychiatrie für Studirende und Aerzte, bearb. von Dr. *Theodor Kirchhoff*. Mit 11 Holzschnitten im Text und 16 Tafeln. Leipzig u. Wien, Deuticke. 1892. 552 S. Von *Hans L.* . . . 511

R. v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie mit Berücksichtigung der Gesetzgebung von Oesterreich, Deutschland und Frankreich. 3. umgearbeitete Auflage. — Stuttgart, Enke. 1892. 488 S. Von *L.* 515

H. Laehr, Die Literatur der Psychiatrie im XVIII. Jahrhundert. Festschrift zum 50jährigen Jubiläum der Heilanstalt Illenau am 27. Sept. 1892. Berlin, Reimer. 1892. 53 S. 4°. Von *L.* . . 515

Kleinere Mittheilungen.

Die historische Entwicklung der Irrenfürsorge in österr. Schlesien bis zur Errichtung der neuen Irrenanstalt zu Troppau. Von k. k. Sanitätsrath Dr. *Alfred Hellwig*. 516

Königsberg i. Pr. — Aus der Provinz Brandenburg. — Aus Russland. — Nekrolog *Liebmann*, von *Mayser*. 525

Personal-Nachrichten. 528

Viertes Heft.

Bericht über die psychiatrische Literatur im 2. Halbjahre 1891.

Fünftes Heft.

Originalien.

Bemerkungen über das Vorkommen von Tuberculose in den Idiotenanstalten. Von Director Dr. *Wulff* in Langenhagen. 529

Die anthropologisch-biologischen Beziehungen zum Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe. Von Dr. *P. Näcke*-Hubertusburg. . . . 540

Digitized by Google

Seite

Beiträge zur Aetiologie der allgemeinen Paralyse nebst einleitenden allgemein-statistischen Bemerkungen. Von *Theodor Kaes* in Hamburg, Friedrichsberg. 614

Ueber Familienpflege Geisteskranker nach den in Dalldorf mit dieser Einrichtung gemachten Beobachtungen. Von Dr. med. *Alfred Bothe*, Assistenzarzt an der städtischen Irrenanstalt von Berlin zu Dalldorf. 650

Zur Geschichte der freien Behandlung und der Anwendung der Bettruhe bei Geisteskranken. Von *Otto Klinke*, Oberarzt der Prov.-Irrenpflegestation Tost O.-S. 669

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

50. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 19. November 1892 in Bonn. 688

Brie, Ueber Trional. 688

Buddeberg, Zur Casuistik der allgemeinen fortschreitenden Paralyse mit circulärem Verlauf, resp. der Paralysie générale à double forme. 689

Liebmann, Ueber einige Fälle von Psychose nach Trauma. . . . 691

Erlenmeyer, Ueber die Anwendung der äusseren Ableitungsmittel bei Gehirn- und Nervenkrankheiten. 691

Pelman, Die neuesten Angriffe gegen Irrenärzte und Irrenanstalten. 693

Bericht über die 76. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin als Feier des 25jährigen Jubiläums am 15. December 1892. 697

Festrede des Vorsitzenden. 698

Literatur.

Nordau, Max, Entartung. Erster Band. Berlin. Carl Dunker. 1892. 374 S. Von *Pelman*. 703

Havelock Ellis, The Criminal. London, 1890. Von *Näcke*. 705

Alt und *E. F. Schmidt*, Taschenbuch der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. Halle, Knapp. 1893. Von *Hans L.* 709

Kirn, Geistesstörung und Verbrechen. Vortrag in der akad. Gesellsch. zu Freiburg. Heidelberg, Winter. 1892. Von *Knecht*. 709

Lombroso, l'anthropologie criminelle et ses recents progrès. Paris, 1891. Von *Näcke*. 710

Freiherr *von Schrenck-Notzing*, die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Stuttgart, Enke. 1892. Von *Max Dessoir*. 712

Ferrier, Vorlesungen über Hirnlocalisation. Deutsche autorisirte Ausgabe von Dr. *Max Weiss*. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. 1892. 168 S. Von *Hans L.* 712

Hack Tuke, A dictionary of psychological Medicine giving the definition, etymology and synonyms of the terms used in medical psychology with the symptoms, treatment, and pathology of insanity and the law of lunacy in Great Britain and Ireland. II Vol. 1477 pp. London, Churchill. 1892. 42 Sh. Von *L.* 713

Bremer (St. Louis), Tobacco, Insanity and Nervousness. St. Louis, Meyer Brothers Druggist. 1892. Von *Kirn*. 714

Digitized by Google

Seite

Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums der Anstalt Illenau. Herausgegeben von den jetzigen und früheren Illenauer Aerzten: *Schüle, v. Krafft-Ebing, Kirn, Neumann, Fr. Fischer, Eickholt, Wilser, Landerer, Dietz.* Mit Lichtdruck und 2 Tafeln. Heidelberg, 1892. 219 S. Von *L.* 715

Schmitz, A., Die Entmündigung Trunksüchtiger vom medicinischen Standpunkte. Bonn, 1892. Von *Peretti.* 717

Kleinere Mittheilungen.

Belgische Musteranstalten und der jetzige Zustand der Irrencolonien Belgiens. Von Dr. *P. Näcke*-Hubertusburg. 719

Aus Westpreussen. — Ungewöhnlicher Tod eines idiotischen Kindes. — Aus Oesterreich. — Unfall in der Irrenanstalt zu Kiew. — Nekrolog *Langwagen*, von *Felgner*. — Verein zum Austausche der Anstaltsberichte. — Der 12. Congress für innere Medicin. — Einladung zum Internationalen Congress of Charities, Correction and Philanthropy. — XI. Internationaler medic. Congress. — Die französische elektro-therapeutische Gesellschaft. 740

Personal-Nachrichten. 745

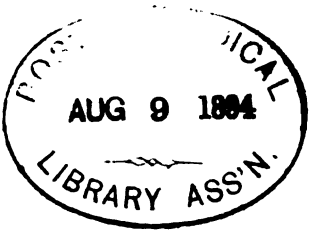
Verzeichniss der Mitarbeiter. 747

Sechstes Heft.

Bericht über die psychiatrische Literatur im Jahre 1892.

Digitized by Google

3174



Zur Aetiologie der allgemeinen fortschreitenden Paralyse.

Von

Sanitätsrath Dr. **Oebeke** in Bonn (Endenich).

In den letzten 2 Jahrzehnten haben die Aerzte es sich angelegen sein lassen, über einzelne Ursachen der allgemeinen fortschreitenden Paralyse, namentlich deren Beziehung zu vorangegangener Syphilis, genauere Erhebungen anzustellen, und sind dabei vorwiegend je länger je mehr zu der jetzt meist vertheidigten Ansicht gelangt, dass eine bestimmte Einwirkung der Syphilis auf das Central-Nervensystem eintrete, welche eine spätere Entwicklung der allgemeinen Paralyse erleichtere, oder dass gar die Paralyse eine Nach-, eine Spät-Erkrankung der Syphilis sein solle, während die Minderzahl auch heute noch einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Krankheiten leugnen zu müssen glaubt und deren Zusammentreffen als ein zufälliges, keinesfalls als ein ursächliches ansieht. Ganz in derselben Weise, nur lebhafter in der Form, ist dieser Streit der Meinungen über die Aetiologie bezüglich der Tabes seit etwa 13 Jahren in Deutschland und etwas früher schon in Frankreich entbrannt, und die Hauptführer der beiden Lager in unserem Vaterlande bekunden wieder in ihren jüngsten Ausführungen, dass sich noch kein Ausgleich zwischen ihnen angebahnt hat. So weist *Erb* (Berl. klin. Wochenschr. 1891 No. 29 u. 30) unter 300 Tabetikern aus den höheren Ständen 89 pCt. (unter 500:89,2 pCt.) mit vorausgegangener syphilitischer Infection nach, unter 50 Tabetikern aus den niederen Ständen 76 pCt., während er unter 5500 anders Erkrankten nur 22,5 pCt. früher Inficirte fand. *Leyden* dagegen (Berl. klin. Wochenschr. 1892 No. 17 u. 18) legt diesen ziffermässigen

Digitized by Google

Nachweisungen keine Bedeutung bei und lehnt die Erkenntniss eines Zusammenhanges zwischen beiden Krankheiten mit Bestimmtheit ab. (*Erb*'s Entgegnung, Berlin. klin. Wochenschr. 1892 No. 23.) Bezüglich der Paralyse haben wohl zuerst *Esmarch* und *Jessen* (Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 1857 Bd. 14 S. 20) sich definitiv dahin ausgesprochen, „dass Syphilis die Grundlage der Dementia paralytica sei", in ähnlicher Weise *Kjelberg* (*Virchow-Hirsch* Jahresbericht 1868 II S. 16) und von den späteren Schriftstellern vor Allen — neben der ihm folgenden überwiegenden Zahl anderer Auctoren — *Mendel*, der in mehreren grundlegenden Arbeiten dieses Thema eingehend erörterte und zu klären versuchte. (cf. *Mendel* Berlin. klin. Wochenschr. 1879. No. 36 u. 1885 No. 33 u. 44 und die Progressive Paralyse der Irren Berlin 1880.) Andere namhafte Irrenärzte wie *Meyer* (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 18 S. 327), *Westphal* (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 20 S. 481), *Schüle*, (Klin. Psych. 3. Aufl. S. 396), *Ripping* (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 37 S. 687, 1880), *Wille* (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 28 S. 526 u. 527) konnten dagegen zur Anerkennung eines derartigen Zusammenhanges nach ihren Erfahrungen nicht gelangen. Bei solchem Widerstreit der Meinungen schien es mir kein überflüssiges Beginnen, noch einmal 100 Fälle von allgemeiner Paralyse ohne Auswahl, so wie sie in unserer Heilanstalt zu Endenich Aufnahme gefunden, auf die Ursachen ihrer Entstehung im Allgemeinen und auf die oben berührte Frage im Besondern hin zu prüfen, zumal bei den meisten eine genauere Kenntniss über ihr Vorleben zu erlangen war. — Ich bin dabei aber nicht etwa der Meinung, dass jedes einzelne der zu besprechenden Momente als eine genügende Ursache der Paralyse anzusehen sei, sondern ich erblicke in ihnen Factoren, die nach der Häufigkeit ihres Vorkommens beim Zusammenwirken mehrerer von ihnen, aber mit ungleicher Wirksamkeit, die Entwicklung der Paralyse direct oder indirect in den nachfolgenden Fällen bedingt oder wenigstens begünstigt haben. Bei 47 von diesen 100 Paralytikern wurde eine vorangegangene syphilitische Infection geleugnet, während eine solche bei 53 mit Bestimmtheit nachgewiesen wurde.

Für die Aetiologie der Paralysen, bei welchen eine syphilitische Infection in der Vorgeschichte nicht vorhanden war oder wenigstens nicht nachgewiesen werden konnte, liessen sich

Digitized by Google

mehrere Gruppen je nach der verschiedenen Natur der stattgehabten Schädlichkeiten leicht herausheben, wobei ich gleich bemerke, dass nicht jeder einzelne Fall zu den übrigen Fällen derselben Kategorie mathematisch genau passen kann, sondern im Wesentlichen eine Uebereinstimmung der Gesichtspunkte vorliegen muss. Als solche Gruppen ergaben sich dann:

I. Eine einzelne Ursache macht sich geltend bei bis dahin rüstigem Gehirn. Als solche Ursachen finden sich verzeichnet:

a) Geistige Ueberarbeitung in 4 Fällen.

1. E., 46 J., Banquier, verheirathet seit dem 23. Lebensjahr, 2 Kinder. Lebte stets solide, aber ganz ausschliesslich nur seinem Geschäfte, arbeitete übermässig fleissig, prosperirte ungewöhnlich. Lebte still, nicht äusserlich-geräuschvoll, war aber stets stolz auf seine Stellung, Titel und Orden. Seit 3 Jahren etwa geistig verändert nach einer Cur in Ems. Halsbeschwerden, sonst nie krank. Keine Syphilis, keine Heredität von der Ascendenz, vor $1^3/_4$ Jahr plötzlich 1 paralytischer Anfall, bis jetzt 5—6, seitdem verworren, zeitweise exaltirt, Grössenwahn; Krankheitsdauer 3 Jahre 2 Monat, resp. 4 Jahre.

2. B., 33 Jahre, Gymnasiallehrer, verheirathet, 1 Kind, lernte gut, sehr energisch, zuerst Elementarlehrer, besuchte schon verheirathet die Universität, ernährte sich und die Seinigen dabei durch Sprachunterricht; als Lehrer gewaltig überanstrengt, 39 Stunden wöchentlich, wollte durchaus vorwärts in der Welt. Machte den Krieg 1870/71 mit. Erst 4 Wochen vor der Anstaltsaufnahme beginnende Erregung, 8 Tage vorher Verworrenheit. In der Anstalt lebhaft hallucinirend, anfangs melancholisch-ängstlich, aggressiv gegen sich und Andere, später Grössenwahn. Schon früh Sprachstörung. In E. 8 Monate, dann in Gotha. Keine Heredität. Keine Syphilis. Gesammtdauer 1 Jahr 11 Monate.

3. E., 54 J., Bankdirektor, verheirathet, von je her gutmüthig, freigebig, aber sehr fleissig, nüchtern und sparsam; in Gesellschaft gern heiter. Erwarb sich durch seine Tüchtigkeit ein grösseres Vermögen, obschon er von Jugend an ganz auf sich selbst angewiesen war. Arbeitete seit vielen Jahren von Morgen bis Abend, ohne sich eine Erholung zu gönnen, sehr angestrengt mit schwerer Verantwortung. Litt von Jugend an häufig an Augenentzündung, vor 9 Jahren an Pleuritis, vor 2 Monaten an der Grippe. Seit 3 Wochen Diabetes bei ihm constatirt. Beginn der geistigen Veränderung seit 2 Jahren, für Andere auffällig seit 4 Monaten. In der Anstalt 1 Jahr 8 Monate. Gesammtdauer 3 Jahre 8 Monate. Keine Heredität. Exaltirte Form. Keine Syphilis.

4. A., 36 J., Kaufmann, unverheirathet. Gut veranlangt, wuchs in kleinen Verhältnissen auf, lernte gut, im Geschäft sehr brauchbar, arbeitete

Digitized by Google

rastlos. Nie krank, überarbeitete sich schliesslich gewaltig bei einer ihm übertragenen Neueinrichtung eines Bankgeschäfts in New-York. Beginn vor $^5/_4$ Jahren mit Vergesslichkeit, Reizbarkeit. Bald nachher in Europa in einer Anstalt 5 Monate, dann Remission, lebte 5 Monate bei seiner Familie. Kam in wieder eintretender Aufregung nach E., starb nach 8 Monaten. Gesammtdauer 1 Jahr 11 Monate. Keine Heredität, keine Syphilis. Exaltirte Form.

b) Gemüthsbewegung, Aufregung, Aerger in 1 Fall.

5. G., 40 J., verheirathet, kinderlos, Maschinen-Offizier zur See. Lebte meist auf See oder in Stationen in Indien. Vor 9 Jahren dort Cholera. Keine Heredität, kein Alkoholmissbrauch, keine Syphilis. In der Anstalt 11 Monate. Gesammtdauer 1 Jahr 5 Monate. Seit Jahresfrist endloser Aerger und Chikanen von seiner Familie, für welche er bis dahin, wo er sich verlobte, gesorgt hatte. Kauflustig, renommirend, in seiner Stellung schliesslich unbrauchbar; später reizbar, manchmal ängstlich mit Heftigkeit, Vergesslichkeit, Stocken des Gedankenganges, rechtes Ohr eiternd. Viel Zittern und zeitweilig Zucken in den Gliedern. Starb im ersten paralytischen Anfall.

c) Beides zusammen in 1 Falle.

6. D., 37 Jahre, Kaufmann, verheirathet, 9 Kinder. Patient stets sehr fleissig, unternehmend, gründete mit seinem Bruder ein Export- und Importgeschäft; vor 10 Jahren Bankerott, damals eine fieberhafte Krankheit mit hoher Aufregung 6 Wochen lang. Seitdem rastlos thätig, übermässig arbeitend, hatte nur Sinn für's Geschäft und brachte es in die Höhe. In letzten Jahren sehr glückliche Speculationsgeschäfte. Dadurch grosse freudige Erregung, die bei Realisirung des Gewinnes vor 2 Monaten einen auffälligen grössenwahnartigen Charakter annahm und sich im Geschäftsverkehr störend behauptete. Keine Syphilis. Definitiver Beginn der geistigen Störung also vor 2 Monaten. In der Anstalt $6^1/_2$ Monat. Dann grosse Remission von $3^1/_4$—$3^1/_2$ Jahren, während welcher Patient ohne Geschäft in seiner Familie lebte. Wiederkehr der Exaltation. Tod ganz plötzlich in einem paralytischen Anfall. Gesammtdauer $4^1/_4$ Jahre. Keine Heredität. Exaltirte Form der Paralyse.

II. Eine einzelne dieser beiden Ursachen tritt wenigstens dem Anscheine nach maassgebend auf bei einem widerstandsunfähigeren Gehirn, sei dies

a) in Folge erblicher Einflüsse (directe Erblichkeit, neuropathische Belastung im Allgemeinen) in 5 Fällen.

7. M., 42 J., verheirathet, mehrere Kinder. Gut von Auffassung in der Schule, faul im Lernen, später als Kaufmann sehr rührig, in den

Digitized by Google

letzten Jahren mehr spekulirend, als früher, aber günstig. Zu gleicher Zeit politisch agitirend als Vertrauensmann und für eine bestimmte Richtung einer neuen Eisenbahn in seinem Heimathsort in die Nähe seines Eigenthums. Früher dick, seit 2 Jahren langsam fortschreitende Abmagerung. Seit 2 Monaten gemüthlich und geistig verändert: unstät, hastig, reizbar, vergass das Hauptzeitwort in den Sätzen seiner Rede. Später ruhmredig, übertreibend in einfältiger Weise; dann laute Aufregung. In der Anstalt verworren, exaltirt, hochgradig aufgeregt, tobend, nennt sich Christus, Papst etc. Schon früh Krampfanfälle, schmierig. In der Anstalt $8^1/_2$ Monat, dann in ein Alexianer-Kloster. Heredität: Mutter 1 mal geisteskrank. Keine Syphilis.

8. G., 62 Jahre, Wirth, Weinhändler, verheirathet, 5 gesunde Kinder. Von Jugend an gemüthlich sehr reizbar, schwer umgänglich, in seinem Geschäfte sehr fleissig, prosperirte. Seit $^3/_4$ Jahr geistig verändert durch getäuschte Hoffnung auf die Erbschaft eines Bruders, der ihn aber enterbte. Er wurde noch schwerer umgänglich, schlief schlecht, stand Nachts viel auf. Seit 12 Tagen in grosser Erregung, seit 4 Tagen vollendeter Grössenwahn. In der Anstalt unumgänglich, unsinnig-exaltirt, optimistisch, einfältig, leicht heftig, zeitweilig schmierig. In E. 8 Monate, dann in Bonn in der Provinz.-Irrenanstalt, starb später zu Hause. Gesammtdauer $2^3/_4$ Jahre. Heredität: für Tuberculose vom Vater. Ein Bruder des Patienten starb an Tabes. Keine Syphilis.

9. K., 52 Jahre, Kaufmann, verheirathet, Kinder. Jahrelang Ueberarbeitung im Bankgeschäft als Prokurist, rechnete den ganzen Tag. Lebte stets solide und regelmässig. Heredität: Ein Bruder geisteskrank. Keine Syphilis. Seit Jahren Verdacht auf beginnende Tabes: Keine Kniephänomene, Grössenwahn wechselnd mit periodischer Depression. In Endenich 1 Jahr 4 Monate, dann nach Grafenberg. Geistige Störung vorher nur 2 Wochen bestehend. Ohnmachten.

10. F., 37 Jahre alt, Eisenbahnsecretär, verheirathet, kinderlos. Pat. lernte mässig, ging zum Militär, diente $6^1/_2$ Jahre, erlitt einen Unfall mit Ueberfahren seines linken Beines. Trat deshalb aus dem Dienst, ging zur Eisenbahnverwaltung als Bahnmeister, wo er sich durch Genauigkeit und Zuverlässigkeit in seinen Arbeiten auszeichnete. Zum Stationsvorsteher ernannt, bezeigte er, bis dahin ein ganz verträglicher Mensch, sich unumgänglich, gereizt gegen seine Vorgesetzten, weshalb er als Secretär verwendet wurde, in welcher Stellung er selbständig und allein die ihm übertragenen Arbeiten ganz zufriedenstellend ausführte. Er lebte von jeher durchaus solide. Keine Syphilis. Vor 1 Jahr plötzlich ein paralytischer Anfall, nach einigen Wochen ein zweiter. Seitdem einfältig, schwatzhaft. Seit 10 Tagen erregt, exaltirt. In der Anstalt 3 Monate, dann in die Familie. Heredität: ein Bruder des Vaters irrsinnig. Demente Form. Paralytische Anfälle.

11. P., 53 Jahre, Tuchfabrikant, verheirathet, 5 Kinder. Pat. sehr

Digitized by Google

eifrig in seinem Geschäfte, war lebhaft und sehr ausdauernd in Allem, was er unternahm. So kam er finanziell recht in die Höhe. Von je her gesund, nie krank, lebte er nüchtern und solide. Seit einigen Jahren wurde er auffällig kirchlicher und war seit 3 Jahren sehr angestrengt thätig, für seinen Sohn eine neue grössere Fabrik zu bauen und einzurichten, für welche er jede Kleinigkeit selbst besorgte. Seit 8 Wochen erregter, brach, zur Erholung auf Reisen geschickt, vor 7 Wochen in tobsüchtige Aufregung mit Grössenwahn aus. Keine Syphilis. In Anstalten 13 Wochen. Gesammtdauer der geistigen Störung $3^1/_2$ Monat, incl. der ersten geistigen Veränderung 3 Jahre $3^1/_2$ Monat. Heredität: 1 Bruder schwachsinnig. Exaltirte Form. Paralytische Anfälle.

Oder

b) durch eigene Nervosität, als Neigung zu Ueberhebung von Jugend an, Hang zu Excentricitäten, geringe geistige Veranlagung, Unbrauchbarkeit im praktischen Leben sich kundgebend in 3 Fällen.

12. K., 42 Jahre, Rechtspraktikant, verheirathet, 3 Kinder. Spielte von jeher gern den grossen Herrn, lebte über seine Verhältnisse, hat Schulden, gesellschaftlich beliebt, für das Gesellschaftsleben thätig, sich vordrängend, wie selbstverständlich. Sehr fleissig, aber kostspielige Liebhabereien: Gartenanlagen, ausländische Vögel, Gold- und Silberfasanen. Seit 2 Jahren deprimirt aus Besorgniss um Verlust seines Lebensunterhaltes durch die demnächst ins Leben tretende neue Justiz-Ordnung, was begründet. Seit 8 Tagen grossartig exaltirt, sinnlos übertreibend. Trank gern Wein und Bier, kein Trinker, stets gesund; keine Syphilis, keine Heredität. In der Anstalt 4 Monate. Manchmal Krämpfe.

13. K., 33 Jahre, verheirathet, 2 Kinder (3 mal Abortus), Kaufmann. Schwach begabt, lernte sehr schwierig, später sehr fleissig, prosperirte geschäftlich. In Allem hastig, reizbar, wollte gern hoch hinaus. Heirathete eine wohlhabende Frau, hatte mit deren Vormund lange Zeit unangenehmen Vermögensstreit, später mit einem Nachbar Process, Aerger über neue Arbeiterwohnungen seinem Hause gegenüber etc. Jahre lang. Vor 12 Jahren gastrisches Fieber mit Gelbsucht, seitdem Verdauungsstörungen mit Obstipation, angeblich Magen-Erosionen, 2 mal in Neuenahr, zuletzt hinterher im Seebad Heyst. Badete zu lange. Schon vorher heftig, unternehmungslustig; zuerst in Heyst unsinnig. Abnahme der Ernährung 44 Pfund. In der Anstalt unsinniger Grössenwahn, lärmendes Verhalten, stösst beim Sprechen an. Anstaltsaufenthalt 2 Jahre 8 Monat, Gesammtdauer $2^3/_4$ Jahre. Keine Heredität, keine Syphilis. Vor dem Tode mehrere paralytische Anfälle.

14. W., 57 Jahre, verheirathet, kinderlos, Jurist und Versicherungs-Anstalts-Director. Von Jugend an phantasiereich, überspannt, schwärmte für Musik und Literatur, in seinem Auftreten leicht auffällig. Später in

Digitized by Google

seiner geschäftlichen Thätigkeit schon seit Jahren Ungenauigkeiten, daher viel Aerger, namentlich im letzten Jahre vor seiner Erkrankung; dies machte ihn reizbar, auffahrend bei ungenügender Veranlassung, zanksüchtig. Von je her in seinen schriftlichen Arbeiten unentschieden, bis zur Unbrauchbarkeit abschweifend. Bis 1 Monat vor der Anstaltsaufnahme im Amte. Früher bescheiden, dann renommistisch, kauflustig, unsinnig; in Schlangenbad seit 4 Wochen. In der Anstalt hochgradig euphoristisch, Grössenwahn, heftig, ganz verworren, ohne jede Auffassung. In der Anstalt 4 Monate. Gesammtdauer 1 Jahr 4 Monate resp. nur 5 Monate. Keine Heredität, keine Syphilis. Seit 5 Jahren vor der Anstalt mehrmals Ischias: Elektricität, Gastein, Karlsbad.

Sei es

c) durch äussere im Leben erworbene Schädlichkeiten (Strapazen, unregelmässiges Leben, Excesse in Venere et Baccho, übermässiges Rauchen) in 6 Fällen.

15. D., 52 Jahre, verheirathet, keine Kinder. Sein Vater starb an Carcinom, seine Mutter an Schwindsucht, 3 Geschwister gesund. Er war ein tüchtiger fleissiger Kaufmann, seit mehreren Jahren Rentner: seine Frau seit 13 Jahren tabetisch und erblindet. Er daher gemüthlich deprimirt, viel im Wirthshaus, trank übermässig Wein und andere geistige Getränke. Seit 3 Monaten überspannt, kauf-, reise-, heirathslustig, ideenflüchtig, reizbar, cordial: rascher Stimmungswechsel. In der Anstalt blühender Grössenwahn. Anstaltsaufenthalt 1 Jahr 7 Monate. Gesammtdauer 1 Jahr 10 Monate. Keine Heredität, keine Syphilis.

16. J., 44 Jahre, Weinhändler, verheirathet, 7 Kinder, nur 2 noch lebend. Lebte angeblich stets mässig, aber unruhig, reiste sehr viel geschäftlich, überstand vor 15 Jahren grosse Kälte in Russland mit Erfrieren eines Fusses. Seitdem besteht angeblich die Pupillendifferenz. Mit 15 Jahren selbständig und dabei rastlos arbeitend. In der Familie Phthise. Bei ihm seit 15 Jahren reichlicher Auswurf mit Verdichtung in der rechten Lungenspitze. Veränderung seines geistigen Wesens besteht seit 1 Jahre nach einer Bestrafung wegen Weinverfälschung; er hatte in einfältiger Weise eine Weinlieferung mit Wasser verdünnt. Geistig sehr leicht ermüdend und reizbar, seit einem Vierteljahr trat Vergesslichkeit, Verworrenheit und Schwatzhaftigkeit ein. In der Anstalt 1 Monat. Beginn der Krankheit seit 1 Jahre. Keine Heredität. Keine Syphilis. Demente Form mit kindischer Euphorie.

17. U., 33 Jahre, Weinhändler, verheirathet, 3 Kinder. Patient stets gutmüthig, lustig, allgemein beliebt, aber nebenbei sehr eigensinnig, reiste viel geschäftlich, excedirte in Venere u. Baccho. Vor 11 Jahren selbständig etablirt, machte er schlechte Geschäfte, weshalb ihn sein Vater vor $^3/_4$ Jahr in sein Geschäft zurücknahm. Seitdem gemüthlich gedrückt. Vor $^1/_2$ Jahr Anfall von Erregung mit Grössenideen, jetzt von Neuem seit 2 Wochen hochfahrend, grob, verschwenderisch, faselnd von seinem enormen Geschäfte,

Digitized by Google

angeblich diesmal hervortretend nach einem häuslichen Zwist. In der Anstalt 6 Monate. Starb zu Hause nach 2 Jahren. Gesammtdauer 3 Jahre. Keine Heredität. Keine Syphilis. Demente Form mit zeitweiliger Erregung. In der Anstalt eine Remission, abgesehen vom Schwachsinn.

18. P., 49 Jahre, Baurath, verheirathet, 1 Kind. Stets ein gesunder Mann, lebte nüchtern, excedirte in Venere, war in seinem Fache sehr tüchtig und ehrgeizig, überanstrengte sich seit Jahren mit Arbeiten und Reisen. Seit 3 Jahren chronische Neigung zu Durchfall mit Abmagerung. Erster Beginn seit 1 Jahre, augenfällig seit 6 Wochen. In Endenich 6 Monate, nach 10 Tagen 2 Monate in Siegburg, dann 2 Jahre 11 Monate in Pützchen. Gesammtdauer 4 Jahre 7 Monate. Keine Heredität. Exaltirte Form. Keine Syphilis.

19. K., 32 Jahre, Kaufmann, früher Landwirth, verheirathet, 2 Kinder. von Haus aus heftig und jähzornig, in verschiedenen Pensionen erzogen, lebte herangewachsen liederlich, excedirte in Baccho et Venere; schwere Enttäuschung über seine Vermögenslage nach dem Tode seines Vaters, widerwilliger Wechsel des Berufs um einer reichen Heirath willen, später anhaltend Aerger und Zank mit seinem ersten Schwiegervater, von dem er abhängig nach seiner 2. Heirath nach dem Tode seiner ersten Frau. Vor vielen Jahren Typhus. Seit 2 Jahren auffällig rasche Zunahme seines Körpergewichts. Geistige Störung seit 4 Monaten. In der Anstalt $1^3/_4$ Jahre. Gesammtdauer 2 Jahre 1 Monat. Heredität. Vater und Mutter waren Vetter und Base. Exaltirte Form. Paralytische Anfälle. Keine Syphilis.

20. F., 46 Jahre, Opernsänger. In der Jugend in kleinen Verhältnissen lebend kam er nach Entdeckung seiner ungewöhnlich schönen Tenorstimme und deren Ausbildung in die grosse Welt. Ueberall gefeiert, lebte er sehr unregelmässig, meist in Aufregung, in allen grossen Städten, excedirte sehr in Venere, nicht in Baccho und war übermässig eingenommen von seiner Persönlichkeit. Aus zwei Ehen, die beide geschieden wurden, erwuchsen ihm Jahre lang, wegen Ordnung der Vermögensverhältnisse Unannehmlichkeiten und Aerger. Er selbst war körperlich kräftig und stets gesund. Beginn seit $^3/_4$ Jahren. In der Anstalt 11 Monate. Gesammtdauer $1^3/_4$ Jahre. Keine Heredität. Exaltirte Form. Paralytische Anfälle. Keine Syphilis.

d) in Folge Zusammentreffens mehrerer Factoren dieser verschiedenen Kategorien in 7 Fällen.

21. H., Kaufmann, 41 Jahre, verheirathet, 3 Kinder. Der älteste von 5 Geschwistern, ein Musterknabe, Streber, Soldat, Unterofficier, Feldwebel, machte die Kriege 1864, 1866 und 1870/71 mit. Dann Bureaubeamter bei einem Eisenwerke. Stieg rasch in seiner Stellung, unermüdlich im Arbeiten, allmählich intensiv überbürdet. Täglich 200—300 Briefe zu lesen und die Antworten zu entwerfen. In den letzten Jahren vielfach Kopfschmerz, seit 3 Jahren allmählich Steigerung seiner natürlichen Reizbarkeit bis zum Schimpfen. Seit $^1/_2$ Jahr Incohärenz, Auslassungen in seinen Briefen, Ver-

Digitized by Google

schlechterung der Handschrift, daneben Kauflust für unnütze Dinge, früher sehr sparsam. Seit 5 Wochen Exaltation, Optimismus. In der Anstalt blühender Grössenwahn, Heftigkeit, schmierte, starb in Marsberg nach eingetretenen Lähmungen plötzlich im paralytischen Anfall. Beginn 3, resp. $^1/_2$ Jahr, resp. 5 Wochen vor Aufnahme in die Anstalt. Gesammtdauer $2^3/_4$ (resp. $5^1/_4$) Jahre. Keine Syphilis. Vater trunksüchtig, sonst keine Heredität. Anstaltsaufenthalt $2^1/_4$ Jahre.

22. H., 42 Jahre, verheirathet, kinderlos, Kaufmann. In der Jugend frisch, lernte gut, ging früh nach Amerika, später nach London, machte aber schlechte Geschäfte, lebte regelmässig und solide. Angeblich wegen ungünstiger Geschäftslage seit einem Jahr gemüthlich sehr gedrückt, reizbar, seit 4 Monaten dies noch mehr; unsinnig übertreibend seit 3 Wochen. In früheren Jahren wechselnde Neuralgieen. Vergesslich. Anstaltsaufenthalt incl. eines 6wöchentlichen Zwischenaufenthaltes bei seinem Bruder 2 Jahre 11 Monate. Gesammtdauer 3 resp. 4 Jahre. Heredität: 2 Brüder das Vaters nach Gehirnapoplexie dauernd gelähmt und fortschreitend verblödend. Keine Syphilis. Zittern im linken Arm, Sprachbehinderung; anfänglich optimistisch, einfältig, seit der 2. Aufnahme erregt, verworren. Paralytische Anfälle.

23. W., 34 Jahre, Kaufmann, verheirathet, 1 Kind. Lernte in der Schule sehr gut. Als Kaufmann tüchtig, kam gut voran. Sehr starke geschäftliche Ueberanstrengung, excedirte in Baccho. Heredität: Vater trunksüchtig. Keine Syphilis. In der Anstalt 2 Jahre 10 Monate. Gesammtdauer 4 Jahre 1—2 Monate, vielleicht 5 Jahre. Einigemale Ohnmachten, starb im 1. paralytischen Anfall mit Krämpfen. Apathische Paralyse, nur ganz im Anfang Optimismus.

24. B., 38 Jahre, Landrath, verheirathet, 3 Kinder. In der Jugend faul, lernte schwer, hielt sich einsam, hatte nie einen Freund; lernte besser nach einem Typhus, fiel im 1. juristischen Examen einmal durch. Im Amte sehr fleissig, erlebte viel Unangenehmes durch die kirchenpolitischen Wirren. Stets nergelich, unzufrieden, ausser für sein Amt wenig Interesse, aber eingenommen von sich, wollte hoch hinaus, daneben leicht deprimirt, mied den Verkehr mit andern. Seit 2 Monaten vor der Anstalt stärkere Depression, seit 3 Wochen vorher nach einer Urlaubsreise erhöhtes Gesundheitsgefühl mit Kauflust und Projekte-Machen, Exaltation, seit 5 Tagen unsinniger Grössenwahn; dieser auch in der Anstalt. Schmierig. In der Anstalt 4 Jahre 10 Monate. Gesammtdauer 5 Jahre. Heredität: Von Seite der Mutter Familienanlage. Keine Syphilis. Mehrmalige paralytische Anfälle.

25. G. 35 Jahre, Gastwirth, verheirathet, 3 Kinder. Ueber seine Jugend nichts Besonderes bekannt. Ist unglücklich verheirathet, eifersüchtig nicht ohne Grund, daher viel Aerger. Missbrauch von Alkohol, täglich 20 Glas Bier. Syphilitische Infektion nicht nachzuweisen, aber das 1. Kind starb mit 7 Monaten in der Geburt. Das 2. kam mit 8 Monaten zur Welt, siechte hin und starb nach $1^1/_2$ Jahren; das 3. ausgetragene

Digitized by Google

Kind ist $^5/_4$ Jahr alt. Patient leidet seit 3 Monaten an Kopfschmerz, seit 8 Wochen exaltirt, unsinniger Grössenwahn. In Endenich 3 Monate, dann nach Lengerich. Heredität: Vater und Grossvater waren Trinker.

26. D., 44 Jahre, Gasthofbesitzer, verheirathet, 4 Kinder. Von Jugend an gutmüthig, aber leicht aufbrausend, ungewöhnlich heftig, ähnlich wie sein Vater. Streng erzogen, sehr fleissig und thätig, namentlich im Sommer. Vergrösserte seit mehreren Jahren seinen Geschäftsbetrieb über das Doppelte; überanstrengte sich dabei sehr; hatte im Winter mehr Ruhe und begann seit einigen Jahren dann zuviel Wein zu trinken. Stets komplimentös, wurde er in den letzten Jahren einfältig untergeben, namentlich seitdem er vor 4 Jahren einen starken, aber kurzen Anfall von Delirium tremens überstand; einen 2. vor Jahresfrist, subacut verlaufend. Seitdem arbeitsunfähig. Seit 6 Wochen Erregung mit Exaltation. In der Jugend skrophulös. Keine Syphilis. Beginn vor 1 Jahr, resp. 6 Wochen. In der Anstalt 3 Jahre 8 Monate. Gesammtdauer 4 Jahre 8 Monate resp. 3 Jahre $9^1/_2$ Monate. Heredität: Mutter mehrmals melancholisch, der Vater erschoss sich. Exaltirte Form.

27. C., 49 Jahre, Kaufmann, verheirathet, 1 Kind. Von Jugend an geistesarm, pedantisch, schwach an Gemüth und Charakter, kam er im geschäftlichen Leben nie voran, sondern verlor vor und nach einen Theil seines Vermögens. Dies brachte ihm manche Gemüthserregung mit seinen Verwandten, und vor $1^1/_2$ Jahren erschien er melancholisch durch seine misslichen Geschäftsverhältnisse. Nach 4 Monaten Besserung resp. beginnender Umschlag in mässige Euphorie, seit 2 Wochen unsinnige Exaltation. In der Anstalt $^1/_2$ Jahr. Gesammtdauer 2 Jahre. Vor 22 Jahren in Folge starker plötzlicher Abkühlung des erhitzten Körpers Gefühls- und Motilitäts-Parese aller 4 Extremitäten mit dauernder geringer Behinderung im Gehen. Excesse in Venere. Keine Syphilis. Keine Heredität. Exaltirte Form.

III. Eine einzelne Ursache, namentlich eine direct geistig schädigende, tritt nicht in den Vordergrund, sondern es äussern vorwiegend die anderen rein somatischen Einwirkungen ihren Einfluss.

Die verschiedenen Ausschreitungen (Strapazen, unregelmässiges Leben, Excesse in Venere, Baccho et Tabaco) finden wir

a) bei erblicher Veranlagung in 1 Falle.

28. H., 44 Jahre, unverheirathet, Färbermeister in einer chemischen Fabrik. Nur Elementarunterricht, aber in seinem Fache später sehr tüchtig, prosperirte. Circa 2 Jahre vorher, d. h. vor der Aufnahme in Endenich, ziemlich plötzlich geistig gestört mit Grössenwahn. Damals 13 Monate in Frankfurt in der Irrenanstalt, dann 9 Monate bei seiner Familie, in Endenich 1 Jahr 8 Monate. Gesammtdauer incl. der Remission 3 Jahre 5 Monate.

Digitized by Google

Excesse in Venere et potu. Doppelseitige Heredität. Keine Syphilis. Sprachstörung, Grössenwahn, ganz unbändig, zerreisssüchtig. In den letzten Wochen des Lebens mehrere paralytische Anfälle.

b) bei persönlichen nervösen Anomalien in 3 Fällen.

29. P., 56 Jahre, verheirathet, 8 Kinder, Zuckerbäcker, Kaufmann. Schon früh unpraktische Excentricitäten in seiner Geschäftsführung, Erfindungseifer, Speculationen, nachlässig im Geschäfte, Verlegenheiten, später apathisch hierfür aus Mangel an Einsicht, bummelte. Sexuell stets sehr begehrlich, Alkoholismus, später Diabetes. In der Anstalt unsinnig-exaltirt, ganz einsichtslos, geistige Schwäche vorherrschend. Keine Heredität. Keine Syphilis. Beginn vor der Anstaltsaufnahme 4, eigentliche geistige Störung $^1/_2$ Jahr. Gesammtdauer $2^1/_4$ Jahre.

30. S., 37 Jahre, Kaufmann, verheirathet, 8 Kinder. Patient von jeher einfältig, lernte in der Schule schlecht, lebte solide, heirathete 24 Jahre alt. Trank viel Bier, rauchte täglich 10—12 starke Cigarren; nie krank. Beginn der geistigen Störung seit $^1/_2$ Jahr mit unordentlicher Buchführung, Grobheit und Heftigkeit im Gegensatz zu seiner habituellen Gutmüthigkeit. In Endenich 4 Monate, kam dann in die Anstalt zu Herzogenbusch. Keine Heredität. Keine Syphilis. Demente Form mit zeitweiliger Aufregung.

31. B., 36 Jahre, Kreisrichter, unverheirathet. Patient machte seine Studien ohne Beschwerden, war von jeher in Allem umständlich, kleinlich ordentlich, maasslos eitel in seiner äusseren Erscheinung und gab für seine Toilette unüberlegt viel Geld aus. Als Student ziemlich ausgelassen, excedirte er viel in Baccho et Venere, lebte gern fein in Essen und Trinken. Er contrahirte leichtsinnig eine Menge Schulden ohne Aussicht, sie bezahlen zu können. Ueberstand mehrmals sogenanntes Schleimfieber. Keine Syphilis. Geistig verändert seit 1 Jahre, weitschweifig, barsch, reizbar. Seit $^1/_4$ Jahr auffällig, exaltirt seit 3 Tagen. In Endenich 6 Monate, dann in eine Pflege-Anstalt. Keine Heredität. Exaltirte Form.

c) bei Combination dieser beiden Momente in 10 Fällen (1 mal noch vergesellschaftet mit strahlender Wärme).

32. H., 28 Jahre, Referendar, unverheirathet. Schwer zu erziehen; auf dem Gymnasium Excesse im Rauchen und Bier. Auf der Universität und später Potator, wüstes Wirthshausleben, Ehrenhandel, zu Hause brutal. Gutes Referendar-Examen, fiel durch im Assessor-Examen. Exaltation, Grössenwahn. Als Kind Chorea. Vater Potator strenuus, schliesslich blödsinnig, bei der Mutter mehrmals agitirte Melancholie, beim Bruder der Mutter mehrmals Melancholie: also doppelseitige Heredität. Keine Syphilis. In der hiesigen Anstalt 4 Monate. Gesammtdauer $3^1/_4$ Jahre. Beginn vor der Anstalt 2 Monate. Blühender Grössenwahn. Schmierig.

33. B., 37 Jahre, Rentner, verheirathet, 3 Kinder. Von Jugend an heftig, zornig. Lernte sehr mässig, studirte auf der Universität Nichts,

Digitized by Google

excedirte gewaltig in Baccho et Venere; 15 Liter Bier täglich; 20—25 Cigarren. In Godesberg nach Ausbruch der Exaltation täglich 80 Glas Mineral-Wasser. Kein Eiweiss, kein Zucker im Urin. Kannte nur die Jagd, lebte für sich, keinen Umgang, keine Geselligkeit. Seit 3 Jahren vor der Anstalt abnorm, exaltirt, Grössenwahn seit 6 Wochen: Tod des Vaters, grosse Erbschaft. Heredität: Grosstante der Mutter geisteskrank. Keine Syphilis. In der Anstalt: 2 Jahre 3 Monate. Gesammtdauer: 2 Jahre 4½ Monate resp. 5 Jahre 4 Monate. Schmierig. In der Krankheit: Krampfanfälle.

34. H., 39 Jahre, Bäcker, verheirathet, 2 Kinder. Seit ½ Jahre bemerkenswerthe, vielleicht seit 2 Jahren langsam begonnene Geistesschwäche mit zunehmender Apathie. Lernte schwer, später im Geschäft praktisch sehr fleissig, brauchbar, kam recht gut vorwärts. Täglich 7 Stunden vor dem heissen Backofen, kannte für sich keine Erholung. Früher 5 Jahre Artillerist bis zum Serganten in den Kriegen 1866 und 1870/71; focht mit Auszeichnung. Mutter starb tuberculös, Vater lebt gesund. Mutter des Vaters und eine Schwester dieser seien geistesschwach; lebte solid, keine Excesse, keine Syphilis. In der Anstalt 2 Monate, dann nach Hause. Keine Empfindung für Kälte der umgebenden Temperatur.

35. T., 38 Jahre, früher Jurist, später Kaufmann, verheirathet, 2 Kinder. Von jeher hochfahrend, wollte hoch hinaus, lernte schwierig, trotz guter Fassungsgabe. Er excedirte in Baccho et Venere. Studirte Jura; wurde später Kaufmann, als solcher unfähig, da er nicht regelmässig arbeiten konnte, unverträglich und zanksüchtig war. Seit 15 Jahren hypochondrisch mit vielen nervösen Beschwerden. Seitdem in stetiger Behandlung: Nach Norderney, Schmierkuren (aus Vorsicht), Elektricität mit zeitweiliger Besserung, fortschreitende Verschlimmerung. Seit 1 Jahre müssig. Zuletzt auf Wilhelmshöhe. Dort anscheinend Besserung. Zu Hause sofort vor 12 Tagen exaltirt, unsinniger Grössenwahn. In Endenich seit 9. Nov. 1890. Heredität: Mutter nervös. Keine Syphilis.

36. S., Kaufmaan, 43 Jahre, verheirathet, 4 Kinder. Immer eigenthümlich, anders wie andere Menschen, geistig schwerfällig, in Geschäften unglücklich, stets nervös reizbar. 2½ Jahre vor der Anstalt Tod der Mutter. Seitdem ängstlicher, agitirt, fürchtete, sein geerbtes Vermögen solle ihm gestohlen werden, wollte seine Frau nicht allein ausgehen lassen. Excedirte in Venere. Diabetes. Heredität: directe von der Mutter, Eltern: Vetter und Base. In der Anstalt 1½ Jahre. Gesammtdauer 4 Jahre. Keine Syphilis. Melancholische Paralyse.

37. S. 35 Jahre, Kaufmann, verheirathet, 1 Kind. Lernte schwer, war wegen Kneiperei von der Prima des Gymnasiums relegirt, stets sehr eigensinnig, schwer zu erziehen und zu behandeln. Als junger Mensch wegen Majestätsbeleidigung verurtheilt, excedirte in Venere et Baccho, fallirte, kehrte zu seiner Familie zurück, weil er Frau und Kind nicht ernähren konnte. Erschien den Seinigen alsbald schwachsinnig, unfähig

Digitized by Google

zur kleinsten geschäftlichen Leistung; bald sinnloser Grössenwahn; dieser auch in der Anstalt. In der Anstalt 3 Jahre. Gesammtdauer 6 Jahre. Heredität von Vaters und Mutter Seite. Die Mutter selbst später schwachsinnig. Keine Syphilis. Schon früh in der Krankheit wiederholt Ohnmachten.

38. R., 45 Jahre, Kaufmann, verheirathet, kinderlos. Geistig schwach begabt, lernte sehr schlecht, als selbständiger Kaufmann unbrauchbar, verlor mehrmals nach Etablirung eines eigenen Geschäftes das von seinem Vater hierzu erhaltene Geld. War ein unruhiger Geist, lebte in Australien, Indien, Nordamerika, Afrika, seit 6 Jahren in England in seines Vaters Geschäft. Renommirte von Jugend an gewaltig. In früheren Jahren Missbrauch alkoholischer Getränke, bis jetzt noch starker Cigarren. Beginn der Krankheit vor 1 Jahr. In der Anstalt 1 Jahr. Gesammtdauer 2 Jahre. Heredität: 3 Brüder geistig schwach, wie Patient. Keine Syphilis. Paralytische Anfälle.

39. F., 36 Jahre, Oberförster, verheirathet, 2 Kinder. Patient lernte in der Schule gut, studierte auf dem Gymnasium italienisch und portugiesisch, war poetisch veranlagt, leicht träumerisch, aber maasslos stolz, unbeliebt. In seinen Bewegungen stets unbeholfen, steif, in späteren Jahren unsicher, selbst zitterig in Gesichts- und Extremitäten-Muskeln, aber in Anstrengungen, grossen Märschen sehr ausdauernd. Trank früher gern Wein, excedirte stark in Venere. Seit 6 Jahren glücklich verheirathet, wurde er im Gegensatz zu früher übermässig kirchlich fromm. Mied die Menschen, sass mit Vorliebe zu Hause, galt für einen Sonderling, war aber tüchtig in seinem Amte. Seit einiger Zeit still, manchmal befangen, äusserte vor 8 Tagen blühenden Grössenwahn. Litt seit Jahren an blutigen Hämorrhoiden. Keine Syphilis. In der Anstalt 10 Monate. Weitgehende Remission. Heredität: in der Familie der Mutter Excentricitäten heimisch, ein Vetter melancholisch. Exaltirte Form.

40. L., 40 Jahre alt, Kaufmann, 2 mal verheirathet, kinderlos. In der Jugend ein tüchtiger Kaufmann, war 10 Jahre in Java in fremdem Geschäft sehr tüchtig, im eigenen unfähig, lebte auf sehr grossem Fusse und verlor bald sein ganzes Vermögen. Später in Europa unfähig zu jeder Thätigkeit. Hatte als Kind nervöse Anfälle, einmal im „Nervenfieber" nach sehr unregelmässiger Lebensweise mehrere Tage scheintodt. Vor Jahren in Java gelbes Fieber. Missbrauch des Alkohols. Beginn der geistigen Störung auffällig vor $1^1/_2$ Jahren. In Endenich 11 Monate, dann in eine Pflegeanstalt. Keine Syphilis. Heredität: der Vater starb apoplectisch. Demente Form.

41. G., 33 Jahre, Oekonom, unverheirathet. Pat. von Kindheit an schwächlich, hatte von seiner geisteskranken Mutter Zitterigkeit in beiden Händen geerbt, die sich nie mehr verlor. Er war von jeher unstät, grosssprecherisch, lernte schwer und hatte nie Lust zu ernster Beschäftigung. Seit 8 Jahren unthätig. In früheren Jahren excedirte er in Baccho, mehr

Digitized by Google

noch in Venere, aber schon seit vielen Jahren durchaus solide in seinem Lebenswandel. Keine Syphilis. Beginn der geistigen Störung auffällig seit 6 Wochen, schon längere Zeit vorher sonderbar. In der Anstalt 3 Jahre 10 Monate. Gesammtdauer 4 Jahre. Heredität: Mutter geisteskrank. Exaltirte Form. Mehrmals paralytische Anfälle.

Dazu kämen noch

d) je ein Fall, in welchem nur Ausschreitungen (Strapazen und Alkohol) angeschuldigt werden,
ein 2. Fall, wo zu unregelmässigem Leben Influenza und
ein 3., in welchem zu Alkoholmissbrauch Dysenterie hinzutrat.

42. N., 40 Jahre, Ober-Inspector einer Feuerversicherungs-Gesellschaft, unverheirathet. Pat. ein stiller harmloser Mensch, überstand vor 23 Jahren den Typhus und soll seitdem noch schwächlicher geblieben sein, als er ohnehin schon von Haus aus war. In seiner Stellung war er sehr thätig, führte aber ein unruhiges bewegtes Leben, musste sehr viel reisen und unangenehme Geschäfte ordnen. Da sein schwächlicher Körper solchen Anstrengungen nicht gewachsen war, trank er sehr viel Wein, um sich zu stärken und kam so zum Missbrauch des Alkohols. Keine Excesse in Venere, keine Syphilis. Geistige Abnahme allmälig sich einstellend, seit 3 Wochen unfähig zur Arbeit, beginnende Verworrenheit. In Endenich 3 Monate, dann in eine Pflege-Anstalt. Heredität unbekannt. Demente Form.

43. P., 40 Jahre, Restaurateur, verheirathet, 2 Kinder. Von jeher reizbar und heftig, wurde dies seit $^1/_2$ Jahr vor der Anstaltsaufnahme nach der Influenza schlimmer. 2 Monate vor der Anstalt melancholisch: Exaltation mit Grössenwahn plötzlich eintretend vor 6 Tagen. Unsinniger Grössenwahn. In Endenich 1 Monat, dann in der Provinzialanstalt zu Bonn, starb dort. Gesammtdauer 6 Monate. Keine Heredität. Unregelmässiges Leben in Folge seiner Beschäftigung als Restaurateur eines Nachtkaffeehauses. Keine Syphilis.

44. H., 40 Jahre, Secretär und Rechtsconsulent, verheirathet, 2 Kinder. Lebte ruhig und zufrieden in geordneten Verhältnissen. Ueberstand vor 4 Jahren eine Dysenterie mit sehr starkem Blutverlust. Hinterher wieder wohl. Seit 1 Jahre übermässiger Biergenuss. Keine Excesse in Venere. Keine Syphilis. Beginn der geistigen Störung seit 2 Monaten. In Endenich $2^1/_2$ Monat, dann in eine andere Anstalt. Keine Heredität. Demente Form.

Eine besondere Kategorie müssten

IV. ein Fall von Trauma mit directer und indirecter Erblichkeit bilden,

Digitized by Google

ein anderer mit nur persönlicher Nervosität und intellectuell geringer Veranlagung

und ein dritter mit nur neuropathischer Belastung und eigener Nervosität.

45. B., 29 Jahre, Kaufmann, unverheirathet. Gewöhnlich wohlwollend und freundlich, konnte er keinen Widerspruch vertragen und wurde dabei sehr leicht aufbrausend und heftig, und schwer belehrbar. Er lernte sehr gut und war als Kaufmann recht brauchbar. Seit etwa 10 Jahren litt er häufig an Verdauungsstörungen mit Erbrechen, angeblich in Folge einer Magenerweiterung. Vor $1^1/_2$ Jahren stürzte er vermeintlich durch Schwindel nach einer längeren Kneiperei am vorangegangenen Abend eine Treppe von 10 Stufen hinunter und blieb bewusstlos liegen. Seitdem soll seine gemüthliche Erregbarkeit sichtlich zugenommen haben. Nach eigener Aussage Excesse in Venere, die aber von seiner ganzen Umgebung als krankhafte Renommage bezeichnet werden. Exaltation seit 1 Woche. In Endenich 1 Jahr, dann in eine Pflegeanstalt. Keine Syphilis. Heredität: die Mutter und 2 Geschwister der Mutter geisteskrank. Exaltirte Form.

46. S., 37 Jahre, früher Advokat, jetzt Gerichtsschreiber, Wittwer, 1 Kind. Lernte nur durch sehr fleissiges Studiren bei geistiger Beschränktheit, war stets still, aber in vieler Hinsicht sonderbar, schwer umgänglich, sprach nach kleinem Zwist Monate lang nicht mit Eltern und Geschwistern. Nie krank, lebte solide, sehr pünktlich, arbeitete gut, aber langsam. Keine Syphilis. Beginn der Paralyse plötzlich vor 10 Tagen in Zusammenhang mit einem Wohnungswechsel als grossartige Exaltation. In der Anstalt 6 Monate, dann Remission mit Rückkehr nach Hause. Keine Heredität für Geistesstörung, aber für Schwindsucht. Exaltirte Form.

47. M., 31 Jahre, Kaufmann, unverheirathet. Lernte in der Schule gut, später als Kaufmann wenig brauchbar. 11 Jahre alt Malaria. Stets nervös, seit 2 Jahren stiller, apathischer, früher ziemlich lebhaft. Seit $^1/_4$ Jahr offenbar geistig gestört: schwachsinnig, unfähig für jede Arbeit, zitterig. Ist sich dessen bewusst, nicht verworren. Heredität: Vater pervers sexual. Keine Syphilis. Schwachsinnige Euphorie. In der Anstalt $1^1/_2$ Jahre. Gesammtdauer $1^3/_4$ Jahre, resp. $3^1/_2$ Jahre. Sehr zitterig, zerstreut, unaufmerksam.

Wir sehen hieraus, dass direct den Geist und das Gemüth treffende Schädlichkeiten bei ganz gesundem Gehirn nur 6 mal als vornehmste Ursache für die Entstehung der allgemeinen Paralyse auftreten, dagegen dieselben bei schon geschwächtem Gehirn in 21 Fällen als wichtige Ursache nachweisbar erscheinen, also im Ganzen in 27 Fällen von unheilvollem Einfluss sind, während die rein körperlichen nachtheiligen Einwirkungen 18 mal als bestim-

Digitized by Google

mendes Moment angeschuldigt werden müssen und sie ausserdem in den früher aufgeführten 13 Fällen (II c u. d 6 + 7 = 13) zum Theil mit verantwortlich sind, also in 31 Fällen unter 47 eine verderbliche Geltung erlangen.

Eine ätiologische Tabelle würde demnach folgenden Inhalt zeigen:

1. Geistige Ueberanstrengung, Gemüthsbewegungen . . .			6 Fälle
2. - - - u. Erblichkeit			5 -
3. Gemüthsbewegungen und persönliche Nervosität . .			3 -
4. Geistige Ueberanstrengung oder Gemüthsbewegungen	u. sexuelle Excesse	2	6 -
	u. Alkohol	1	
	u. Strapazen	1	
	u. Alkohol u. sexuelle Excesse . .	1	
	u. Alkohol u. sexuelle Excesse u. Strapazen	1	
5. Geistige Ueberanstrengung oder Gemüthsbewegungen	u. Erblichkeit u. Alkohol	1	7 -
	u. neuropathische Belastung u. Alkohol	2	
	u. neuropathische Belastung u. Strapazen	1	
	u. neuropathische Belastung . . u. Alkohol u. nervöse Störungen	2	
	u. sexuelle Excesse u. nervöse Störungen	1	
6. Strapazen	u. Alkohol	1	15 -
	u. - u. sexuelle Excesse u. Erblichkeit	1	
	u. verschiedene Excessen u. persönl. Anomalien	3	
	u. verschiedene Excessen u. persönl. Anomalien u. Erblichkeit . . .	10	
7. Alkohol u. Dysenterie			1 Fall
8. Unregelmässiges Leben u. Influenza			1 -
9. Trauma u. Erblichkeit			1 -
10. Intellectuelle geringe Veranlagung u. persönl. Anomalien			1 -
11. Neuropathische Belastung mit eigener Nervosität .			1 -

Digitized by Google

Suchen wir nun festzustellen, wie oft überhaupt jede einzelne anscheinend ursächliche Schädlichkeit bei diesen 47 Kranken sich vorfand, so finden wir

1. Directe Heredität von den Eltern in 11 Fällen, das wäre 23 pCt. verzeichnet, in 3 dieser Fälle fand sich Geisteskrankheit bei Vater und Mutter und in 2 bestand Blutsverwandtschaft der Eltern, indem diese Vetter und Base waren. Die Formen der Geisteskrankheit der Eltern waren verschieden, aber kein Vater war, soweit dies zu erfragen möglich, paralytisch gewesen. Abgesehen von den 3 Fällen, die eine doppelte Vererbung von Vater und Mutter boten, war 2 mal der Vater, 6 mal die Mutter geisteskrank gewesen.

2. Neuropathische Belastung, d. h. geistige und nervöse Störungen in der Familie (abgesehen von den Eltern) bei 15, d. i. fast 31 pCt. Unter diesen bestand 2 mal Trunksucht beim Vater, 1 mal Trunksucht beim Vater und Grossvater. In 4 Fällen stammte die Anlage von Seiten der Mutter, in 7 von Vaters Seite und 4 mal kam sie zugleich bei Geschwistern zur Ausbildung.

3. Eigene Nervosität bei 8, d. i. 17 pCt. Einer litt in der Jugend an hartnäckiger Chorea, ein zweiter klagte seit 15 Jahren vor Ausbruch der geistigen Störung über die verschiedensten nervösen Beschwerden und gebrauchte eine Menge Curen und Bäder, ein dritter von Jugend an sehr ängstlich, ganz anders wie andere junge Leute, ein anderer 10 Jahre alt an Malaria erkrankt, blieb in Allem unsicher, wieder einer beging aus innerer Haltlosigkeit verschiedene grössere, ihn dauernd benachtheiligende Thorheiten, ein anderer lebte mitunter Wochen oder Monate einsam, stumm in seiner Familie, wenn er sich, was nicht selten der Fall, gekränkt glaubte, und der letzte von diesen zitterte seit seiner Kindheit in beiden Händen.

4. Von Jugend an sich überhebend 7 und zu Excentricitäten geneigt 5, zusammen 12, d. i. 25 pCt. Nur 6 von diesen brachten es zu einem eigenen Erwerb, die andere Hälfte nicht. Von 7, welche ein Universitätsstudium betrieben hatten, machten 4 alle ihre Fach-Examina, 2 nur das erste, 1 gar keins.

5. Intellectuell gering veranlagt 9, im Leben praktisch nicht oder nur wenig brauchbar 6, d. i. 31 pCt. 4 von den ersteren erreichten dauernd eine selbständige Stellung und

Digitized by Google

konnten ihre Familie ernähren, während 4 andere fortschreitend in ihren kaufmännischen Geschäften zurückgingen, ihr Vermögen ganz oder theilweise verloren und ihre Thätigkeit aufgeben mussten und einer eine solche überhaupt nicht begann. Von den letzteren 6 zählen 3 zugleich zu den ersteren, die 3 übrigen erwiesen sich auf die Dauer im Leben unverwendbar, obschon man in früheren Jahren auf 2 derselben ihrer anscheinenden Begabung wegen grosse Hoffnungen gesetzt hatte.

6. Geistige Ueberarbeitung bei 11 und Aufregungen, Gemüthsbewegungen, Sorge, Aerger bei 16 und bei 2 beides zusammen, also bei 27 von 47, d. i. 57 pCt. Für dieses ursächliche Moment ist besonders beachtenswerth, dass, während ein rüstiges Gehirn vergleichsweise selten seinem krankmachenden Einfluss unterliegt, es bei einem durch angeborene oder erworbene Schädlichkeiten geschwächten Gehirn um so häufiger verderblich sich geltend macht; in diesen unseren Beobachtungen stellt sich hierfür das Verhältniss 6:21 heraus. Unter den Paralytikern dieser Kategorie mit vorher ungeschädigtem Gehirn befindet sich der eine von mir s. Z. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 36, 1879, S. 706 und Bd. 38, 1881, S. 302) beschriebene Fall, der eine an Genesung grenzende Remission von $3^1/_4$ Jahren zeigte und dann doch in rasch verlaufender Verschlimmerung dem unerbittlichen Schicksal seiner Krankheit erlag.

7. Strapazen bei 4 und ein unregelmässiges Leben bei 3, d. i. 15 pCt. Von Zweien der Ersteren hatte 1 die 3 letzten, ein anderer die 2 letzten deutschen Kriege mit Auszeichnung mitgemacht, beide hatten hinterher geschäftlich erheblich sich überarbeitet und der Erstere durch tägliches Stehen vor dem heissen Ofen in Folge der strahlenden Wärme die Empfindung für kalte Lufttemperatur fast ganz verloren. Zwei andere lebten einen grossen Theil des Jahres auf der Eisenbahn und Einem dieser war bei langer Fahrt in Russland ein Fuss erfroren. Von den unregelmässig Lebenden war einer —, bei welchem diese Unregelmässigkeit als einziges ursächliches Moment sich ergab, während ein Influenza-Anfall die Erkrankung auslöste — der Besitzer eines Nacht-Kaffeehauses, so dass er täglich erst morgens um 4—6 Uhr sich zu Bette legen konnte. Bei ihm verlief die Paralyse in ein paar Monaten tödtlich.

Digitized by Google

8. Sexuelle Excesse bei 13, d. i. 27 pCt. Hierbei bemerke ich ausdrücklich, dass nur solche angegeben sind, wo dies von Verwandten oder Freunden mitgetheilt wurde, während ja nicht selten exaltirte Kranke auch in diesem Punkte den thatsächlichen Vorkommnissen zuwider gewaltig renommiren.

9. Missbrauch von Alkohol bei 20 und zugleich von Tabak bei 3 unter diesen; das macht für den Alkohol 43 pCt. Unter diesen befindet sich Einer, der täglich 15 Liter leichtes Bier trank und 20—25 Cigarren rauchte. In freien Lebensverhältnissen unter ärztliche Controlle gestellt, trank er bei mässigem Biergenuss täglich 80 Glas Mineralwasser. Bei ihm kein Diabetes. Ein anderer trank täglich 20 Glas Bier. An Diabetes litt nur einer dieser Trinker. Bei dreien war schon der Vater ein Trinker gewesen und bei einem von diesen auch der Grossvater.

10. Trauma bei 2. Bei Einem bestand dies in Ueberfahren eines Beines vor vielen Jahren und erscheint belanglos, der Andere stürzte $1^1/_2$ Jahr vor Ausbruch der Psychose eine Treppe von 10 Stufen hinunter ohne äussere Verletzung und blieb bewusstlos liegen. Seine Familie datirte mit Bestimmtheit den Beginn seiner krankhaften Gemüthsreizbarkeit von diesem Unfall her.

11. Vorangegangene Krankheiten. Von diesen werden typhöses Fieber in 6 Fällen vor wenigen oder vielen Jahren angegeben, je einmal Cholera, Malaria, gelbes Fieber, 3 mal Diabetes, 2 mal Neuralgieen, ohne dass man eine nachweisbare Bedeutung für die spätere geistige Störung finden könnte, während man eine solche für andere vorangegangene Krankheitszustände wegen Dauer oder Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens oder der zeitlichen Nähe nicht ganz abweisen kann. So Magen-Erosionen, chronische Diarrhö mit Abmagerung seit 3 Jahren, Magenerweiterung mit Verdauungsstörungen seit 10 Jahren, Dysenterie mit starkem Blutverlust, protahirtes Delirium tremens je einmal, 2 mal Grippe. Aber auch diese Störungen können nur als unterstützende, vielleicht veranlassende Factoren aufgefasst werden.

12. In keinem dieser Fälle hatte früher einmal eine andere selbständige Geisteskrankheit bestanden.

13. Den Berufsarten nach gehörten 9 zu den gelehrten Ständen, die ein akademisches Studium erfordern (6 Juristen,

Digitized by Google

1 Gymnasiallehrer, 1 Baumeister, 1 Oberförster), 24 waren Kaufleute, Fabrikanten und Banquiers, 4 Gasthofbesitzer und Gastwirthe, während die übrigen 10 sich auf die verschiedensten Beschäftigungen vertheilten. Die überwiegende Zahl der erkrankten Kaufleute entspricht wohl deren numerischen Bedeutung überhaupt.

14. Obschon bei allen diesen eine vorangegangene syphilitische Infection durch genauere Nachfrage ausgeschlossen werden konnte und die darauf gerichtete Untersuchung ergebnisslos blieb, so bleibt doch die Möglichkeit nicht abzuweisen, dass bei Einzelnen während ihrer Universitätsstudien oder eines Jahre langen Aufenthaltes in fremden Ländern, zum Theil jenseits des Oceans, eine solche Erkrankung vorhanden gewesen ist, ohne spätere Erscheinungen hervorzurufen. —

Verheirathet waren 39, unverheirathet 8.

Als Zeichen einer lokalen Gehirnerkrankung fand sich nur bei 2 Ptosis, einmal rechts-, einmal linksseitig, d. i. 4 pCt.

Zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre standen 24, zwischen 40 und 50 Jahren 14, über 50 Jahre 7, 2 unter 30. —

Bei der zweiten Serie unserer Beobachtungsreihe besteht nun im Gegensatz zu den bisherigen in allen Fällen eine nachweisbare syphilitische Infection. Bei 38 von diesen 53 Patienten, also bei 71 pCt., hatten früher oder später secundäre Erscheinungen sich eingestellt und ebenfalls bei 38, doch nur bei 35 der Secundären hatten specifische Curen (Schmiercur, Quecksilber-Pillen, *Zittmann*'sches Decoct, Jodkalium) stattgefunden, bei dreien angeblich ohne solche, während ebenfalls 3 trotz der hervortretenden Nachkrankheiten ohne specifische Behandlung geblieben waren. Bei 4 wird jede secundäre Erkrankung bestimmt in Abrede gestellt, während betreffs der 11 Uebrigen in diesen beiden Punkten keine bestimmte Nachricht zu erlangen war. Bei 10 von unsern 53 Patienten war nur zu erfahren, dass zwischen der Infection und dem Ausbruch der Paralyse viele Jahre lägen, während bei den übrigen 43 diese Zwischenzeit auf 4—23 Jahre sich erstreckt. Wenn man bei denjenigen Kranken, die mehrmals eine Infection erlitten hatten, nur die letzte in Betracht zieht, so betrug diese Zwischenzeit

Digitized by Google

4 Jahre	bei			2
5, 6, 7	-	-	je 1 =	3
8 u. 9	-	-	- 3 =	6
10—14	-	-		19
15—19	-	-		11
20 u. 23	-	-	- 1 =	2
Viele	-	-		10
			Summa	53

Auf die ersten 9 Jahre nach der Ansteckung entfallen also nur 11 Erkrankungen an Paralyse, ebenso viele wie in den 5 Jahren von 15—19 Jahren, während das Lustrum von 10—14 Jahren Zwischenzeit vergleichweise die höchste Erkrankungsziffer 19 aufweisst. Rechnen wir genau nach 5 Jahren, so ergeben sich

bei	1—5	Jahren	Zwischenzeit 3	Erkrankungen
-	6—10	-	- 14	-
-	11—15	-	- 17	-
-	16—20	-	- 8	-
-	23	-	- 1	-

Erst nach 15 Jahren seit der Ansteckung nimmt demnach die Gefahr paralytisch zu erkranken, erheblich ab, ist aber in den ersten 5 Jahren nach der Ansteckung vergleichsweise gering. Die Anschauung, dass das Ausbleiben secundärer Erscheinungen die paralytische Erkrankung begünstige, findet nach diesen unseren Beobachtungen keine Bestätigung, denn bei $71^1/_2$ pCt. hatten diese bestanden, bei ca. 21 pCt. blieben sie fraglich und nur in $7^1/_2$ pCt. konnte ihr früheres Vorhandensein ausgeschlossen werden. Wenn wir nun die bei der Paralyse ohne Syphilis erkannten ursächlichen Momente für eine gewisse übersichtliche Rubricirung unserer Fälle mit Syphilis verwenden wollen, so finden wir neben solchen, in denen nur Syphilis allein als schädigender Factor in der Vorgeschichte, also bei einem bis dahin rüstigen Gehirn, hervortritt, andere mit einem mehr oder weniger widerstandschwachen Gehirn, bei welchem einestheils gleichsam innerliche, rein persönliche Verhältnisse sich nachtheilig geltend machen, und andererseits solche, welche durch äusserliche, im Leben hinzugetretene schädliche Einwirkungen bedingt werden, und schliesslich eine Anzahl, bei welcher

Digitized by Google

diese Gruppen nebeneinander ursächlich vertreten sind, wenn auch in verschiedener Zusammenstellung und in wechselnder Gestaltung des einzelnen Momentes.

I. Als Ursache lässt nur vorangegangene Syphilis sich anschuldigen in 3 Fällen.

48. T., 37 Jahre alt, Wirth, verheirathet, 2 Kinder. Von Geburt an schwächlich, lernte gut. Seit 1½ Jahren Bein-, Kreuz-, Kopfschmerz fortschreitend schlimmer; seit 1 Jahre geistig verändert, vergesslich, langsam, unsicher im Rechnen, zitterig beim Schreiben, Harnbeschwerden, seit ½ Jahr unfähig seinem Geschäfte vorzustehen. Vor Jahren syphilitische Infection, sonst kein veranlassendes Moment aufzufinden. Keine Heredität. Paralytische Anfälle.

49. H., 42 Jahre alt, Kaufmann, verheirathet, kinderlos. Stets fröhlich, arbeitete mässig, lebte gut. Vor 24 Jahren (und vielleicht noch einmal vor 12) syphilitische Infection; später secundär. Specifische Behandlung damals wahrscheinlich; Beginn der psychischen Krankheit vor 2 Jahren. Vor ½ Jahr der erste Ohnmachtsanfall. In Anstalten 2 Jahre. Gesammtdauer 4 Jahre. Keine Heredität, keine Excesse. Apathische Euphorie.

50. K., 31 Jahre alt, Landmesser, kürzlich verheirathet, 1 Kind. Lernte in der Schule ganz ordentlich, von Charakter gutmüthig. Verändertes geistiges Benehmen etwa seit 3 Monaten, geistige Störung seit 12 Tagen. Syphilitische Infection vor 9 Jahren. Schmiercur. Keine secundären Erscheinungen. In der Anstalt (2. Schmiercur) 5 Monate. Gesammtdauer 10 Monate. Keine Heredität. Durchaus solides Leben. Paralytische Anfälle. Grössenwahn.

II. Neben Syphilis treten mehr innerliche persönliche Verhältnisse allein als Ursachen hervor.

a) in Folge erblicher Einflüsse (directe Erblichkeit, neuropathische Belastung im Allgemeinen) in 3 Fällen.

51. K., 38 Jahre alt, Kaufmann, unverheirathet. Patient stets gesund, lernte gut, schon früh in grösseren Geschäften thätig, bald selbständig. Lebte still, angeblich ganz solide. Syphilitische Infection vor 9 Jahren; spät secundär. 2 mal Schmiercur. Aus beiden Ohren eitriger Ausfluss. Beginn der Krankheit vor 7 Monaten; seit 2 Monaten geschäftsunfähig. In Endenich 2 Jahre, dann in eine Pflegeanstalt. Heredität: 1 Tante des Vaters, 1 Schwester und 2 Brüder der Mutter geisteskrank. Links Ptosis. Anfänglich hohe Aufregung, später melancholisch-apathische Paralyse.

52. F., 34 Jahre alt, Kaufmann, verheirathet, kinderlos. Patient stets gesund, machte als Kaufmann gute Geschäfte. Vor 14 und 12 Jahren syphilitische Infection. Decoct. Zittmann; Quecksilberpillen. Secundär. Vor 4½ Jahr nach einer kalten Douche bei warmem Körper Sehschwäche

Digitized by Google

auf dem linken Auge und links Ptosis. Dagegen Jodkalium, 2 malige Schmiercur, Elektricität ohne Erfolg. Seit 2½ Jahr Cur in Wiesbaden, Kaltwassercur, Seebad, Elektricität hielten die allmälig zunehmenden Lähmungen der Beine, der Blase, des Mastdarmes, des linken Oberarmes nicht auf. Geistige Störung ½ Jahr vor der Anstaltsaufnahme, in dieser 3 Wochen, Gesammtdauer 7 Monate, resp. 5 Jahre. Heredität: Vater Gehirnapoplexie, ein Vetter väterlicherseits dauernd geisteskrank.

53. G., 35 Jahre alt, Arzt, verheirathet, 2 Kinder. Patient überstand 10 Jahre alt eine Meningitis; konnte hinterher schlecht rechnen lernen, sonst gut. Körperlich kräftig, allen Anstrengungen gewachsen, heiteren Temperaments, aber leicht aufbrausend. Erwarb sich eine gute Praxis. Links Ptosis, angeblich von Geburt, später linksseitige Migräne. Keine Excesse in potu, ob in venere ist fraglich. Vor 11 Jahren syphilitische Infection; nicht secundär. Vor ½ Jahr sehr schmerzhafte Entzündung mit Hypertrophie der Prostata. Seit 4 Monaten erhöhte Reizbarkeit und Unruhe, seit 1 Monat beginnende Exaltation. In Endenich 5 Monate, dann in 2 andere Anstalten. Heredität: Vater gemüthskrank, eine Grosstante schwachsinnig, eine Cousine mütterlicherseits melancholisch. Exaltirte Form.

b) durch eigene Nervosität, als Neigung zu Ueberhebung von Jugend an, Hang zu Excentricitäten, geringe geistige Veranlagung, Unbrauchbarkeit im praktischen Leben in 1 Fall.

54. P., 42 Jahre alt, Apotheker, verheirathet, kinderlos. Angeblich stets schwächlich, lernte schwer, kam im Leben nicht voran, erlangte keine Selbständigkeit. Vor 20 Jahren mehrmals intensiver Gelenkrheumatismus, später Insuffiziens der Valvul. mitral. Syphilitische Infection vor 16 Jahren; specifische Curen; seit 5 Jahren Strabismus divergens links, vor 3 Jahren Geschwüre in der Nase mit Perforation der Nasenscheidewand, seit 2 Jahren Anfälle von Athemnoth mit Herzschmerz, Schlafmangel, Schwerfälligkeit der Sprache, seit 1 Jahr rechts Kopfschmerz und Taubheit in den rechten Extremitäten. Seit 4 Monaten Apathie, Reizbarkeit, seit 3 Monaten zu Bett, seit 12 Tagen vor der Anstaltsaufnahme verworren. Beginn 4 Monate vor der Aufnahme, resp. 2 Jahre. In Anstalten 7 Monate und 1 Jahr. Gesammtdauer: 3 Jahre 11 Monate. Heredität: 1 Schwester des Vaters im Alter schwachsinnig. Melancholische Form.

III. Neben Syphilis bestehen äusserliche, im Leben hinzugetretene theils indirect körperlich schädigende, theils rein somatische Einwirkungen und zwar:

a) Geistige Ueberanstrengung oder Gemüthsbewegungen, Sorge, Aerger, Schreck in 1 Fall.

55. M., 33 Jahre alt, Kaufmann, verheirathet, 2 Kinder. Stets ordentlich und strebsam, soll er seit mehreren Jahren, nachdem er selbständig

Digitized by Google

geworden, sich sehr stark geschäftlich überarbeitet haben, um sein junges Geschäft in die Höhe zu bringen, zu welchem sein Associé das Capital, er die Arbeitskraft gab. Lebte solide, auch in Baccho et Venere; erlitt aber vor 13 Jahren eine syphilitische Infection mit späteren secundären Erscheinungen. 2 mal Schmiercur, Jodkalium. Vor der Anstalt beginnende Erkrankung 10 Monate, vor 7 Monaten ein Anfall von Aphasie. In Endenich 10 Monate, dann nach Grafenberg. Keine Heridität. Schwachsinnige Euphorie.

b) Strapazen in 1 Fall.

56. H., 36 Jahre alt, gräflicher Kammerdiener, verheirathat, 3 Kinder. Lernte in der Schule gut, führte 14 Jahre ein äusserst unruhiges und regelloses Leben, reiste ungewöhnlich viel, sah aller Herren Länder, mehrmals Amerika. Lebte in grossen Städten. Seit ein paar Jahren stille, einförmige Lebensweise, meist im Krankenzimmer. Vor vielen Jahren Brustentzündung, vor 4 Jahren plötzlich Strabismus divergens, der durch Operation beseitigt wurde, vor 2 Jahren schweres Wechselfieber, vor 8 Jahren syphilitische Infection. Ob specifische Curen und secundäre Erscheinungen? Seit einem Jahre geistige Veränderung; bis dahin munter, wurde er trübe gestimmt, reizbar. Seit 14 Tagen verworren, dienstunfähig, erregt, exaltirt. Beginn 1 Jahr vor der Anstalt, in dieser 8 Monate, starb nach 2 Jahren zu Hause. Gesammtdauer 3 Jahre 8 Monate. Keine Heredität. Demente Form der Paralyse.

c) Unregelmässiges Leben.

d) Sexuelle Excesse in 1 Fall.

57. M., 42 Jahre alt, Kaufmann, unverheirathet. Ueber seine Jugend ist nichts Besonderes bekannt. Er ward Kaufmann und trat in das blühende Geschäft seines Vaters ein. In Baccho mässig, excedirte er stark in Venere und erlitt vor Jahren eine syphilitische Infection, über welche aus äusseren Gründen nichts Näheres zu erfahren ist. Beginn der Erkrankung vor 4 Jahren mit rasch eintretender Erblindung des linken Auges, woran sich bald Parese der untern, später der obern Extremitäten anschloss. Geistige Veränderung auffällig seit 5 Monaten. In der Anstalt 1 Jahr 3 Monate. Gesammtdauer 5 Jahre 3 Monate, resp. 1 Jahr 8 Monate. Keine Heredität. Demente Form.

e) Missbrauch von Alkohol.

f) Trauma.

g) Es treten 2 dieser Schädlichkeiten zusammen in 10 Fällen. Unter diesen sind Gemüthsbewegungen nur einmal, Excesse in Baccho und Venere 5 mal vertreten.

58. v. D., 36 Jahre alt, Officier, verheirathet, 4 Kinder. Lernte im Cadettencorps schwer, war aber stets primus in der Classe durch seinen

Digitized by Google

eisernen Fleiss, überall beliebt, aber nie heiter, meist still für sich. Im Dienste tüchtig, war drei Jahre auf der Kriegsakademie, später militärischer Adjutant eines unserer ersten Prinzen. Syphilitische Infection 16 Jahre vor der Psychose, hinterher Ausschlag, Schluckbeschwerden. Gebrauchte Hydrargyr. und Bäder. Lebte solide, excedirte sexuell in den ersten Jahren seiner Ehe. $6^1/_2$ Jahr vor der Psychose Sturz mit dem Pferd aufs Pflaster; blieb bewusstlos liegen, hatte Trismus. Seitdem angeblich langsam fortschreitend geistige Abschwächung; seit einigen Jahren Gemüthsveränderung; früher möglichst einfach, wurde er Lebemann, etwas stolz, daneben apathisch. Seit 1 Jahr vor der Psychose unfähig für seine militärischen Arbeiten. Unsinnig, verworren, Exaltation und Depression wechselnd seit 3 Wochen vor der Anstalt. In der Anstalt 6 Monate, Gesammtdauer $1^1/_2$ Jahr. Keine Heredität.

59. E., 33 Jahre alt, Techniker, unverheirathet. Lernte sehr gut: bestand seine Examina mit Auszeichnung. Seit seinen Studienjahren Excesse in Baccho et Venere; erstere fast constant. Syphilitische Infection 4 Jahre vor der Psychose. Iritis. Unguent. hydrargyr., Quecksilberpillen. Keine Heredität. Vor der Anstalt geistig alterirt seit 3 Monaten, bestimmter seit 6 Wochen. In Endenich 2 Jahre $7^1/_2$ Monat, dann nach Neuss zu den Alexianern, starb dort nach 6 Wochen. Gesammtdauer 3 Jahre.

60. D., 30 Jahre alt, Kaufmann, verheirathet, 1 Kind. Patient gutmüthig, beliebt, flotter Geschäftsreisender, jährlich 8—10 Monate auf Reisen. Trank zu viel Bier. Vor 7—8 Jahren syphilitische Infection. Ob Excesse in Venere, ob secundär, ist ungewiss. Beginn der Krankheit 14 Tage vor der Anstalt. In Endenich $2^1/_2$ Monat, später in eine Pflegeanstalt. Keine Heredität.

61. B., 44 Jahre alt, Ingenieur, verheirathet, 2 Kinder. Lernte gut, in der Arbeit fleissig, aber extremem Temperaturwechsel an den Hochöfen ausgesetzt. Vorher nie krank. Seit $1^1/_2$ Jahr vor der Anstalt zu reichlicher Biergenuss, Schlafsucht, beginnende Vergesslichkeit. In der Anstalt 2 Jahre 9 Monate. Gesammtdauer 3 Jahre 8 Monate. Syphilitische Infection viele Jahre vorher, später secundäre Erscheinungen, häufig halsleidend. Keine Heredität. Paralytische Anfälle. Schwachsinn vorherrschend, einfältiger Grössenwahn.

62. L., 42 Jahre alt, Fabrikant, unverheirathet. Als Kind aufgeweckt, lernte gut. In seiner Thätigkeit fleissig und tüchtig, nie krank, excedirte in Baccho et Venere. Syphilitische Infection vor 12 Jahren; secundär, specifische Curen. Keine Heredität. Beginn der Geisteskrankheit 6 Monate, resp. 6 Wochen vor der Anstalt. In der Anstalt 6 Monate. Blühender Grössenwahn, schmierig.

63. S., 37 Jahre alt, Kaufmann, unverheirathet. Stets gesund, gut begabt, lernte recht gut. Als Kaufmann sehr thätig, reiste viel und anstrengend, excedirte in Venere, nicht in potu. Syphilitische Infection 12 Jahre vor Aufnahme in die Anstalt. Damals keine specifische Behandlung.

Digitized by Google

Später secundär. Psychische Erkrankung $^1/_2$, deutlicher ausgeprägt $^1/_4$ Jahr vor der Anstalt. In der Anstalt $9^1/_2$ Monate, Gesammtdauer $1^1/_4$—$1^1/_2$ Jahr. Keine Heredität. Verworren, apathisch.

64. B., 42 Jahre alt, Destillerie-Besitzer, verheirathet, 1 Kind. Patient soll stets einen ruhigen, mehr scheuen Charakter gehabt, als junger Mann in Venere, nicht in Baccho excedirt haben. Lebte später sehr häuslich, aber unglücklich in der Ehe, hatte viel Aerger, Verdruss durch seine Frau. Vor etwa 15 Jahren syphilitische Infection. Secundär. Specifische Behandlung. Beginn der Erkrankung vor 7 Monaten mit einem paralytischen Anfall. In der Anstalt $2^1/_2$ Monate. Starb zu Hause nach 2 Jahren 5 Monaten. Gesammtdauer 3 Jahre 3 Monate. Keine Heredität. Exaltirte Form. Paralytische Anfälle.

65. S., 37 Jahre alt, Gewerke, Bauunternehmer, unverheirathet. Soll auf der Schule gut gelernt haben. Studirte auf der Bauakademie in Berlin, die er besuchte, garnicht, hatte auch später keine Lust etwas zu lernen, verstand daher von seinem Fache Nichts, war für eine geregelte Thätigkeit unbrauchbar, speculirte aber stark in Bergwerkspapieren. War still, schweigsam, excedirte schon früh in Baccho et Venere und anhaltend bis jetzt. Trank viel feine Weine. Hierin Verschlimmerung seit 2 Jahren nach dem Tode seines Vaters. Seit 1 Jahr noch stiller, mürrischer als sonst, seit $^1/_4$ Jahr dies viel schlimmer, seit 3 Wochen ziemlich plötzlich grossartige Exaltation. In der Anstalt 1 Jahr 1 Monat. Gesammtdauer 2 Jahre 1 Monat. Vor mehr als 10 Jahren syphilitische Infection; später Iritis syphilitica dextra. Quecksilbercur, Zittmann. Keine Heredität. Exaltirte Form.

66. B., 62 Jahre alt, Glockengiesser und Feuerspritzenfabrikant, verheirathet, 2 Kinder. In seinem Fache hervorragend tüchtig, erwarb er sich, ganz klein anfangend, ein beträchtliches Vermögen, erhielt bei Ausstellungen mehrere erste Preise. Lebte von Jugend an liederlich, excedirte in Baccho et Venere. Mehrmals syphilitische Infection; secundär. Gebrauchte wiederholt Schmiercuren, Schwefel- und Dampfbäder, Jodpräparate. Vor 3 Jahren Ozaena syphilitica. Nach deren Zurücktreten zum ersten Male geistige Verwirrung mit Schwindelanfällen. Besserung, aber geistiger Defect. Vor 1 Jahr Verschlimmerung, grosse Aufregung. Entwicklung von Tophien auf dem Kopfe; nach Merkur Besserung. Vor 3 Monaten von Neuem Kopfschmerz, Schwindel, Erregung, nach Merkur Verschlimmerung. nach Jod und Brom Besserung. Beginn vor 3 Jahren. In der Anstalt 1 Monat, dann zu Hause. Keine Heredität. Demente Form.

67. O., 38 Jahre alt, Kaufmann, früher Eisenbahnbeamter, unverheirathet. Ueber seine Jugend ist nichts Ungewöhnliches zu berichten, er diente 8 Jahre beim Militär, führte sich gut, ward später Beamter. Bis dahin stets gesund, zog er sich vor 6 Jahren eine syphilitische Infection zu; später secundär. Quecksilbercur, Jodkalium. Vor 5 Jahren apoplectischer Insult mit Zungenlähmung und Hemiplegie. Nach 3wöchentlicher

Digitized by Google

Quecksilbercur gänzliches Zurücktreten der Lähmung, aber seitdem geistig defect, doch theilweise noch arbeitsfähig. Vor 1 Jahr Melancholie für mehrere Monate, dabei sehr fromm. Seit etwa ½ Jahr beginnende Exaltation unter Missbrauch von Alkohol. In der Anstalt ¼ Jahr, dann nach Hause. Keine Heredität. Exaltirte Form.

h) Drei oder mehr Factoren dieser Kategorie und zwar nur rein körperliche finden sich in 2 Fällen.

68. C., 38 Jahre alt, Kaufmann, unverheirathet. Als Kaufmann äusserst angestrengt thätig, lebte in Belgien, Frankreich, England, reiste sehr viel. Excedirte in Baccho et Venere. Mehrmalige syphilitische Infection. Zuletzt 5 Jahre vor Aufnahme in die Anstalt. Secundär. Specifische Curen. Seit 1 Jahr links Ptosis, später rechts, dann zeitweilig keine. Geisteskrank seit 6 Wochen. Grössenwahn. Paralytische Anfälle. Keine Heredität.

69. R., 44 Jahre alt, Oberstabsarzt, unverheirathet. Stets aufbrausend, jähzornig, schwer zu erziehen, lernte gut. Ueberstand Typhus, 2 mal Erysipelas mit Hirnerscheinungen, ass Jahre lang an der Table d'hôte zuviel, daher später chronischer Magenkatarrh mit erheblicher Abmagerung. Excedirte in Baccho et Venere. Vor 15 Jahren Sturz mit dem Pferde auf den Kopf, keine Besinnungslosigkeit; vor 14 Jahren syphilitische Infection mit späteren specifischen Erscheinungen. Mehrmals Kur in Aachen. Schmierkur. Seit 4 Jahren rechts Abducens-Lähmung, links Ptosis. Keine Heredität. In Endenich 3½ Monat. Beginn der Psychose vorher 3½—4 Monat. Blühender Grössenwahn, daneben mitunter leidlich besonnen.

IV. Innere und äussere der vorher angeführten (II u. III) Ursachen treten zusammen:

a) Von jeder Art nur eine in 8 Fällen. Unter diesen directe Erblichkeit 2 mal, neuropathische Belastung 5 mal, Gemüthsbewegungen 3 mal und Excesse 5 mal.

70. C., 49 Jahre alt, Fabrikant, verheirathet, kinderlos. Das einzige Kind 2. Ehe seiner Mutter; aus der 1. Ehe 12 Kinder; er also das 13. seiner Mutter. Lebemann, excedirte in Venere; anscheinend wohlhabend; es zeigte sich bei seiner Erkrankung, dass er sein und seiner Frau Vermögen allmählich verzehrt hatte. Wegen Gicht 3 mal in Nauheim, zuletzt 1 Jahr vor der Anstalt. Seitdem Magenbeschwerden, Abmagerung. Seit 2 Monaten Reizbarkeit. Bis dahin hypochondrisch, seitdem euphoristisch. Syphilitische Infection vor 15 Jahren, vor 8 und 4 Jahren secundäre Erscheinungen. In der Anstalt 1 Jahr 9 Monate. Gesammtdauer 10 Jahre 1 Monat. 7 Jahre stumm, sprach dann selten einzelne Worte. Keine Heredität.

71. B., 55 Jahre alt, Gutsbesitzer, unverheirathet. Alcoholismus. Syphilitische Infection vor 21 resp. 19 Jahren. 2 mal Schmiercur, Aachen,

Digitized by Google

Jodkalium. Ruhige Lebensweise auf dem Lande. Beginn 2 Jahre vor der Anstalt. In der Anstalt 1 Jahr. Gesammtdauer 3 Jahre. Heredität: Mutter irre.

72. B., 38 Jahre alt, Arzt, verheirathet, 1 Kind lebend, 3 Kinder ganz jung gestorben. Studirte gut, bestand ohne Störung seine Examina. Im Krieg 1871 Typhus, sonst nie krank. Später unangenehme Familienverhältnisse. Gemüthsdruck, lebte solide. Syphilitische Infection vor 15 Jahren, hinterher secundäre Erscheinungen. Schmiercur. Vor 4 Jahren zufälliges Entdecken des Fehlens der Kniephänomene. Seit $^1/_4$ Jahr beginnende geistige Störung. In der Anstalt $2^1/_2$ Jahr. Gesammtdauer $2^3/_4$ Jahr. Keine Heredität. Ein Bruder geisteskrank. Paralytische Anfälle. Zuerst hypochondrische Gemüthsstimmung, später unsinniger Grössenwahn.

73. B., 37 Jahre alt, Fabrikant, verheirathet, 1 Kind. Von Jugend an schwächlich, später nervös, aber fleissig und sehr brauchbar. Vor 13 Jahren syphilitische Infection. Schmiercur 2 mal. Beginn melancholischer Verstimmung vor 2 Jahren, der geistigen Störung vor 5 Wochen durch Schreck über grosses Feuer in seiner Fabrik. In der Anstalt 1 Jahr, dann zu Hause, wo er nach $^1/_4$ Jahr starb. Gesammtdauer 1 Jahr 5 Monate resp. $3^1/_4$ Jahr. Keine Heredität. Melancholische Paralyse.

74. D., 45 Jahre alt, Fabrikant, verheirathet, 7 Kinder. Patient früher stets gesund und kräftig. 4 Jahre vor der Anstalt beginnende Sehnervenaffection, spastischer Gang, Gereiztheit, Hastigkeit, langsam zunehmende Einfältigkeit. Sexuelle Excesse. Syphilitische Infection vor vielen Jahren. Mehrmals Schmiercur, langer Jodkalium- und Jodnatriumgebrauch. In der Anstalt 1 Monat. Starb zu Hause 1 Jahr $3^1/_2$ Monat später. Gesammtdauer 5 Jahre 4 Monate. Heredität: 1 Bruder geisteskrank. Schwachsinnige Euphorie.

75. K., 32 Jahre alt, Kaufmann, verheirathet, 1 Kind. Patient lernte gut, sehr thätig, kam als Kaufmann erfreulich voran, stets gesund. Seit $^1/_2$ Jahr vor der Anstalt Gemüthsdepression wegen angeblicher, aber wirklich unbegründeter Sorge um sein Geschäft. Seit $2^1/_2$ Woche geistige Störung, veranlasst durch Furcht vor den Folgen einer ungesetzlichen Handlung. Zuerst Melancholie, Apathie, später Grössenwahn. Syphilitische Infection vor 18 Jahren. Ob secundär, ist ungewiss. In Anstalten 2 Jahre $3^1/_2$ Monat, Gesammtdauer 2 Jahre $9^1/_2$ Monat. Heredität: 1 Schwester mehrmals geisteskrank. Paralytische Anfälle.

76. V., 35 Jahre alt, Ingenieur, unverheirathet. Stets kräftig und gesund, einfach lebend, erlitt er vor 12 Jahren eine syphilitische Infection. Zittmann'sche Cur. Geringe secundäre Erscheinungen. Seit $^1/_2$ Jahr lebhafter Kopfschmerz mit Gehörstäuschungen, Verfolgungsideen, Sprachstörung, fortschreitende Abnahme der Intelligenz. Beginn $^1/_2$ Jahr vor der Anstalt. In dieser 4 Monate, starb er in Lengerich nach 3 Jahren. Gesammtdauer 3 Jahre 10 Monate, Heredität: 1 Schwester der Mutter geisteskrank. Später blödsinnige Form der Paralyse.

Digitized by Google

77. E., 35 Jahre alt, Photograph resp. Kaufmann, verheirathet, mehrere Kinder. Patient gut veranlagt, später als Kaufmann fleissig, recht brauchbar, seit mehreren Jahren nicht mehr; seit 1½ Jahr nachlässig, unlustig zu Allem, in seinem Handeln unbesonnen, vergesslich. Seit Jahren Missbrauch von Spirituosen. Syphilitische Infection zuerst vor 8 Jahren, das 2. Mal vor 4 Jahren. Specifische Curen mehrmals. Vor der Anstalt psychisch krank 1½ Jahr, in dieser 6 Monate. Gesammtdauer mindestens 2 Jahre. Heredität: Vater trunksüchtig, Mutter chronisch gehirnkrank mit schliesslichem Schwachsinn.

b) Die Einwirkungen der beiden Kategorien treten in der verschiedensten mehrfachen Zusammenstellung zu Tage und zwar

α) Innere Ursachen mit geistiger Ueberanstrengung und Gemüthsbewegungen in 3 Fällen, darunter 1 mal neuropathische Belastung.

78. S., 49 Jahre alt, Kaufmann, unverheirathet. Ueber seine Jugend ist wenig bekannt. Er ging vor 28 Jahren nach Java, Australien, Süd-Amerika, brachte es zu Nichts, und kehrte schliesslich unerwartet, mittellos nach Europa zurück. Bezeigte sich apathisch, stumpf. Beginn der Geistesstörung ½ Jahr vor Aufnahme in die Anstalt. Gesammtdauer 2½ Jahr. Syphilitische Infection vor vielen Jahren. Keine Heredität. In der Familie Tuberculose. Blödsinn vorherrschend, jede Orientirung ausgeschlossen.

79. H., 35 Jahre alt, verheirathet, 2 Kinder, Kaufmann; mässig begabt, lernte schwer, stets leicht erregbar. 12 Jahre vor der Anstalt nervös, unbehagliches Gefühl im Kopfe. Später geschäftliche Ueberanstrengung für seine Leistungsfähigkeit, sehr ehrgeizig, rastlos thätig. Seit 2 Jahren Sorge um Wiederausbruch früherer Syphilis. Seit 1½ Jahr grosse Reizbarkeit, chronischer Magenkatarrh, seit 1 Jahr ausser Thätigkeit. Consultirte eine Menge Aerzte, gebrauchte Kissingen, Liebenstein, Wiesbaden, Kaltwasserkur etc. Vor 8 Tagen paralytischer Anfall. Danach Exaltation. Syphilitische Infection vor 9 Jahren. Bald secundär, später nicht mehr. Ungenügende specifische Behandlung. Vor der Anstalt beginnende Erkrankung 2 Jahre, in verschiedenen Anstalten 1½ Jahr. Gesammtdauer 3½ Jahr. Heredität: Grossmutter und Schwester der Mutter geisteskrank. Ohnmachten, 1 paralytischer Anfall.

80. G., 45 Jahre alt, Weinhändler, verheirathet, 3 Kinder. Patient wenig begabt, lernte in der Schule schlecht, führte aber später sein Geschäft vortheilhaft, hatte von jeher die Neigung, sich hochgestellten Leuten zu nähern. Vor 2 Jahren Kränkung durch eine vermeintlich zu niedrige Auszeichnung seitens der Regierung. Seit Jahren hypochondrisch-melancholisch über seinen Gesundheitszustand. Missbrauchte salinische

Digitized by Google

Abführmittel. Im Trinken solide. Seit 3—4 Monaten Schlafmangel, seit 6 Wochen beginnende Exaltation, seit 8 Tagen Verwirrtheit. Vor 20 Jahren syphilitische Infection. Secundär. Specifische Kuren: Merkur, Jodkalium, decoct. Zittmann. Keine Heredität. In Endenich 6 Monate; dann Remission, zu Hause $^3/_4$ Jahr, in Klingenmünster $1^1/_4$ Jahr. Gesammtdauer 2 Jahre 10 Monate. Exaltirte Form.

β) Innere Ursachen mit mehreren rein körperlichen in 13 Fällen. Unter diesen finden sich directe Heredität 5 mal, neuropathische Belastung 10 mal, Strapazen 7 mal, sexuelle Excesse 10 mal und Alkoholmissbrauch 8 mal verzeichnet.

81. R., 38 Jahre alt, Kaufmann, verheirathet, 2 Kinder. Patient excedirte in Baccho et Venere, trank viel theure Weine und rauchte schwere Cigarren. Veränderung seines geistigen Wesens seit 14 Monaten bei lebensgefährlicher Erkrankung seiner Frau im 1. Wochenbett. Seitdem stiller, einsilbiger. 3 Monate vor der Anstalt Krampfanfall mit Verlust des Bewusstseins. Seitdem diese Anfälle noch einige Male, vorwiegend rechts, mit Gedächtnissschwäche, Geistesschwäche, wechselnder Verworrenheit. Syphilitische Infection 21 und 16 Jahre vor der Psychose. Ob secundär ungewiss. In Endenich 2 Monate. Tod im Krampfanfall. Gesammtdauer 1 Jahr 4 Monate, resp. 5 Monate. Heredität: Sohn einer Schwester epileptisch.

82. S., 47 Jahre alt, Officier, unverheirathet. Lernte schlecht, war faul, spielte gern den grossen Herrn, über sein Alter hinaus. Körperlich kräftig, kam beim Militär nicht gut voran, lebte liederlich; excedirte in Venere, später auch in Baccho. Beginnende Tabes 2 Jahre vor der Anstalt, links Ptosis seit 1 Jahr vorher. Melancholisch seit $^3/_4$ Jahr, geistig sichtbar gestört seit $^1/_4$ Jahr. In der Anstalt $4^1/_2$ Jahr. Dauer der Paralyse $4^3/_4$, incl. beginnender Tabes $6^1/_2$ Jahr. Syphilitische Infection 23 Jahre vor seiner Geistestörung. Heredität: 1 Bruder der Mutter geisteskrank, 1 zweiter tabetisch. Der eigene Vater erschoss sich. Blühender Grössenwahn.

83. v. B., 40 Jahre alt, Kaufmann, verheirathet, keine Kinder. Schlechte Erziehung. Patient flüchtig von Charakter, gern renommirend, in Allem unzuverlässig. Anfänglich als Kaufmann in abhängiger Stellung brauchbar, in selbständiger ungenügend, stets schlechte Geschäfte, lebte aber trotzdem verschwenderisch; wurde 18 Monate vor der Anstalt wegen Diebstahls (unreeller Geschäftsbücherführung) in Paris zu Gefängniss verurtheilt. Vom Gefängnissarzt bald als geisteskrank erkannt, musste er doch seine Strafe absitzen. Trank in den letzten 12 Jahren viel Cognac, lebte liederlich; syphilitische Infection vor 10—12 Jahren. Ob secundäre Erscheinungen, unbekannt. Keine Heredität. Beginn der Geistesstörung 2 Jahre vor der Anstalt. In Endenich 11 Monate, in Eichberg 3 Monate. Gesammtdauer $3^1/_4$ Jahr. Blödsinniger Grössenwahn.

Digitized by Google

84. v. R., 24 Jahre alt, Referendar, unverheirathet. Patient fasste als Kind rasch auf, behielt aber wenig, lernte daher schlecht. Im 15. Lebensjahr Typhus, lernte danach besser. Stets unverträglich, konnte sich nicht unterordnen, wollte dominiren, selbst seine Lehrer im Gymnasium. Pochte auf sein grosses Vermögen. Lebte auf der Universität sehr wild, vergeudete eine Unmasse Geld, excedirte gewaltig in Baccho et Venere, hatte eine Menge Duelle. Vor etwa 2 Jahren auf der Universität schon Verfolgungsideen, vor 8—10 Monaten diese stärker hervortretend bei einer militärischen Dienstleistung. Ein Versuch, ihn vor einem Jahre in eine grosse Fabrik bei Verwandten eintreten zu lassen, scheiterte an seiner herrischen Ueberhebung. Syphilitische Infection vor ein Paar Jahren, angeblich ungenügende Behandlung. Beginn seit 2 Jahren, deutlich seit 8 Monaten. In der Anstalt 5 Monate. Gesammtdauer 13 Monate resp. 2 Jahre 5 Monate. Heredität: Ein Paar Oheime und Vettern väterlicherseits geisteskrank. Vater Hypochonder. Bei einem Bruder habituelle Zuckungen im Gebiete des Nerv. facialis, bei einem anderen Chorea. In der Familie ungewöhnlicher Hochmuth heimisch. Patient starb an eitriger Peritonitis.

85. E., 48 Jahre alt, Kaufmann, verheirathet, 1 Kind. Tüchtiger Kaufmann, gründete ein selbständiges Geschäft, prosperirte. Sehr unruhiges Leben, reiste viel. Syphilitische Infection vor 18 Jahren (3 Jahre vor der Ehe, 1 Kind 14 Jahre alt, 1 fausse couche). Mehrmals antisyphilitische Curen: Quecksilber und Jod. Links Ptosis seit 5 Jahren, links Abducenzlähmung seit 2 Jahren. Geistesgestört seit 6 resp. 2 Wochen. In der Anstalt Endenich 7 Monate, dann in Göttingen †. Gesammtdauer der Geistesstörung 18 Monate, der Gehirnsyphilis 2 Jahre 10 Monate resp. 5 Jahre 10 Monate. Heredität: Vater und Mutter starben apoplektisch, eine Schwester geisteskrank. Blühender Grössenwahn. Enorm grosse Reizbarkeit.

86. H., 41 Jahre alt, Kaufmann, unverheirathet. Lernte in der Jugend gut, machte später als Kaufmann constant schlechte Geschäfte, reiste viel, lebte in England, Paris, Madrid, Tunis sehr unregelmässig. Sexuelle Excesse. Syphilitische Infection viele Jahre vor der Geistesstörung. Secundär. Spec. Curen. In einer Anstalt zuerst 9 Monate, dann in einer Remission zu Hause 8 Monate, in der Anstalt zu Endenich 1 Jahr 7 Monate. Vor der ersten Aufnahme krank $^1/_2$ Jahr. Gesammtdauer 4 Jahre. Blödsinniger Grössenwahn, grosse Stumpfheit. Keine Heredität. Paralytische Anfälle.

87. D., 41 Jahre alt, Rechtsanwalt, verheirathet, 3 Kinder. Früh Onanie, später Excesse in Venere. Arbeitete stets mit resp. unter einem älteren Rechtsanwalt, gelangte nicht zu einer vollständigen Selbständigkeit. Syphilitische Infection vor 13 Jahren; Schmierkur. Litt viel an Angina. Beginn etwa $^3/_4$ Jahr vor der Anstalt. In Endenich 8 Monate, später in eine Pflegeanstalt. Heredität: 1 Oheim der Mutter von Jugend an, 1 Oheim des Vaters im späteren Leben schwachsinnig. Euphorie, später nihilistische Melancholie.

Digitized by Google

88. v. M., 31 Jahre alt, Cavallerie-Officier, verheirathet, 2 Kinder. Von Jugend an sehr reizbar, heftig, eigensinnig. Im Dienst sehr eifrig, punktiliös genau. Vor 10 Jahren syphilitische Infection, specifische Behandlung, Aachener Badecur. Secundär. Machte die Kriege 1866 und 1870/71 mit. Seit dem letzteren Neuralgie im rechten Bein. Gebrauchte in 3 Jahren in Wiesbaden Bäder und Douchen. Seit der letzten Cur die Neuralgie geschwunden, aber beginnende geistige Erregung. Diese seit 2 Jahren steigend; seit einem Jahre vergesslich, geistig schwerfällig, daher beurlaubt, seit 2 Monaten paretische Erscheinungen. Seit Jahren Missbrauch alkoholischer Getränke. Beginn 2 Jahre vor der Anstalt. In der Anstalt $1^1/_2$ Jahr. Gesammtdauer $3^1/_2$ Jahr. Heredität: Mutter in späteren Jahren bis zum Tode geisteskrank. Schwachsinnige Form der Paralyse.

89. R., 48 Jahre alt, Artillerie-Major, verheirathet, kinderlos. Stets kräftig, als Officier tüchtig. Vor 10 Jahren multipler Gelenkrheumatismus ohne Herzaffection. Ebenfalls vor 10 Jahren syphilitische Infection mit lange anhaltenden Folgeerscheinungen trotz mehrfacher specifischer Curen. Excedirte in jungen Jahren in Venere. Seit 5—6 Jahren Unaufmerksamkeit, Vergesslichkeit, Schläfrigkeit am Tage, namentlich nach den Kriegsstrapazen von 1870/71. Nahm daher vor 3 Jahren den Abschied. Ging geistig fortschreitend zurück. Seit 2 Monaten Erregung. Beginn seit 5 Jahren, resp. 3 Monaten. In der Anstalt $2^1/_2$ Monat. Heredität: Vater starb apoplektisch, eine Schwester des Vaters geisteskrank. Vollendete Euphorie.

90. M., 46 Jahre alt, Rentner, früher Kaufmann, verheirathet, 1 Kind. Patient lernte gut, war aber von jeher exaltirt, phantasiereich, hatte als Kaufmann richtige speculative Ideen, war aber zu regelmässiger Arbeit nicht zu gebrauchen. Ging nach Amerika, Texas, verlor sein Geld, lebte dissolut, später nach Deutschland zurückgekehrt, wie ein jüngeres Kind mit seinen Eltern zusammen, unthätig. Trennte sich nach 4jähriger Ehe von seiner Frau. Vor $1^1/_2$ Jahr zuerst Verworrenheit und grossartige Ideen, seit 11 Monaten, nach dem Tode seines Vaters, haltlos. In Amerika syphilitische Infection. Secundär. Dort Calomel, Schmierkur, letztere noch einmal in Deutschland. Beginn der geistigen Störung vor seiner Aufnahme in eine Anstalt 7 Monate. In Anstalten $7^3/_4$ Jahr. Gesammtdauer 8 Jahre 4 Monate. Heredität: 1 Vetter väterlicherseits geisteskrank. Paralytische Anfälle. Kindisch-euphoristisch, zeitweilig grössere Aufregung.

91. L., 45 Jahre alt, Kaufmann, verheirathet, 1 Kind. Patient bis vor 11 Jahren gesund, aber schwächlich, sehr thätig in seinem Geschäft, wühlte förmlich. Vor 11 Jahren plötzlich beim Besteigen einer Leiter starkes Zittern und Beben in den Beinen. Musste überhaupt viel und lange auf einer Leiter stehen und schwere Stücke herunterholen. Hieran anschliessend entwickelte sich ziemlich rasch vollständige Lähmung beider Beine. Nach einigen Monaten elektrischer Behandlung grosse Besserung bis zum Gehen ohne Unterstützung. Heirath vor $9^1/_2$ Jahr, seit 6 Jahren

Digitized by Google

langsam zunehmende Schwäche in den Beinen trotz aller Curen und Bäder. Seit mehreren Jahren reizbar, heftig, seit 3 Wochen exaltirt bis zum Grössenwahn. In der Jugend Excesse in Venere, mehrmals Gonorrhö, syphilitische Infection vor vielen Jahren. Heredität: Mutter nervös. Beginn vor der Anstalt 11, resp. 6 Jahre oder 3 Wochen. In der Anstalt 3 Monate. Gesammtdauer der Geistesstörung 4 Monate. Blühender Grössenwahn.

92. v. C., 37 Jahre alt, Rittmeister a. D., Gutsbesitzer, unverheirathet. Früher gesund und kräftig, excedirte er in jungen Jahren in Baccho et Venere. Vor 8 Jahren Erweiterung der rechten Pupille mit Sehstörung, vor 16 Jahren syphilitische Infection; nie secundär. Beginn seit 10 Monaten (oder schon seit 1 Jahr und 10 Monaten), seit 3 Monaten psychisch auffällig krank. In Anstalten 9 Monate. Gesammtdauer 1 Jahr 7 Monate. Heredität: 1 Bruder der Mutter schwachsinnig, 1 Schwester des Patienten unheilbar geisteskrank. Melancholische Form der Paralyse.

93. Dr. B., 32 Jahre alt, Chemiker, unverheirathet. Patient von Jugend an nervös, übermässig erregbar, aber unpraktisch, lernte auf dem Gymnasium gut, litt dort schon an chronischer Diarrhoe und gebrauchte habituell Opium. Excedirte auf der Universität in Baccho et Venere, in seinem Benehmen hochmüthig, that sehr wissenschaftlich, kam aber in 15 Jahren nicht so weit, sich als Privatdocent zu habilitiren. Ueberstand als Kind Scharlach und Pleuritis. Vor 11 Jahren zuerst krankhafte Aufregung bei der Mobilmachung (1859), machte 1866 den Feldzug als Cavallerie-Reserve-Officier mit. Seitdem kränkelnd, gebrauchte Bäder, Seebäder, Kaltwassercur. Syphilitische Infection vor 8 Jahren. Mehrmals specifische Behandlung. Secundär. Beginn der geistigen Störung vor 8 Wochen. 1. Anstaltsaufenthalt 9 Monate, Remission von 7 Monaten, 2. Anstaltsaufenthalt 10 Monate. Gesammtdauer der geistigen Störung 2 Jahre 4 Monate. Heredität: Grossmutter und Tante mütterlicherseits geisteskrank. Exaltirte Form.

γ) Innere Ursachen mit geistigen Ueberanstrengungen und rein körperlichen Schädlichkeiten zusammen in 7 Fällen und zwar

1. directe Erblichkeit 2 mal,
2. neuropathische Belastung 5 mal,
3. geistige Ueberanstrengung 2 mal,
4. Gemüthsbewegungen 7 mal,
5. Strapazen, sexuelle Excesse und Alkohol je 4 mal.

94. S., 34 Jahre alt, Kaufmann, verheirathet, 2 Kinder. Als junger Kaufmann thätig, unternehmend, prosperirte, nach mehreren Jahren in allen Geschäften unglücklich, verlor sein Vermögen, wurde Agent. Excedirte in Baccho et Venere. Syphilitische Infection 12 (und 16) Jahre vor der

Digitized by Google

Psychose; keine secundären Erscheinungen. Gebrauchte Jodkalium und Schmiercur. 2½ Monate vor der Anstalt durch einen betrübenden Gemüthseindruck ziemlich plötzlich Apathie, Vergesslichkeit, Schlafsucht. 5 Wochen vor der Anstalt Umschlag in's Gegentheil: Heiterkeit, Kauflust, Exaltation, Grössenwahn. In Endenich ¾ Jahr, Remission, Rückkehr in's Geschäft, aber unselbständig. Verschlimmerung: Alexianer Anstalt in Aachen. Gesammtdauer 2 Jahr 8 Monate. Heredität: 1 Bruder nervenkrank.

95. W., 39 Jahre alt, Kaufmann, unverheirathet. Von jeher munter und heiter, gesellschaftlich sehr beliebt, kneipte gern, spielte Hazard, verlor viel, sass mit Vorliebe in die Nacht hinein, in Venere keine Excesse, aber in Allem unpünktlich, unregelmässig, schlechter Kaufmann, fallirte 2 Jahre vor der Anstalt, hatte sein Geschäft vernachlässigt und grossartig spekulirt. Seitdem, auch schon vorher (2½ Jahre) gemüthlich und geistig verändert, sehr niedergedrückt, reizbar, vergesslich, geistig abgeschwächt, Sprache schleppend, umständlich in Allem. Umschlag in Exaltation vor 14 Tagen. Syphilitische Infection vor 10 Jahren. Hinterher Geschwüre, Drüsenanschwellungen, Hautausschläge, Dolores osteocopi. Mehrmals Schmiercur, Aachen, Jodkalium, Jodeisen. Blühender Grössenwahn. In der Anstalt 4¼ Jahre. Gesammtdauer 6¾ Jahre. Heredität: direct von der Mutter. Mehrmals paralytische Anfälle.

96. H., 36 Jahre alt, Bergwerksbesitzer, verheirathet, 1 Kind. Als Kind lebhaft, lernte gut, bestand auf einer polytechnischen Hochschule seine Examina als Ingenieur mit Auszeichnung. 15 Jahre vor seiner psychischen Erkrankung Liebeskummer mit nachfolgender dauernder Veränderung seines gemüthlichen Wesens. Ebenfalls vor 15 Jahren syphilitische Infection. Ungenügende Behandlung. Später secundär. Vor 10 Jahren Sturz mit dem Pferde, Verwundung rechts am Hinterkopf, lange Bewustlosigkeit. Seit 5 Jahren beginnende Tabes. Seit 11 Monaten vor der Anstalt melancholisch, Besserung, Verschlimmerung. In der Anstalt 5½ Monate, erhebliche Remission, körperlich und geistig; nach 2 Monaten tobsüchtig, unsinniger Grössenwahn, starb so ¼ Jahr später. Gesammtdauer der Geistesstörung 1 Jahr 10 Monate, incl. Tabes 6 Jahre 10 Monate. Heredität: Vater 70 Jahre alt, geistig frisch, seit 29 Jahren Tabetiker.

97. L., 35 Jahre alt, Bürgermeister, verheirathet, 2 Kinder. Lernte schlecht, von Jugend her stets aufgeregt, eingenommen von sich, wollte hoch hinaus, gerieth auf der Universität und später leicht in Streit, excedirte in Baccho et Venere, fiel im Staatsexamen durch, später im Amte viele Unannehmlichkeiten und Aerger. An letzteren anschliessend grössere Erregung als erster Beginn seiner Krankheit vor 9 Monaten. Verschlimmerung vor 3 Wochen. In Anstalten 7½ Monate: Grössenwahn, tobsüchtige Aufregung. Remission. Zu Hause 5 Wochen, dann melancholisch-apathisch 1½ Monat in der Anstalt. Seitdem zu Hause in relativer Genesung seit 27. November 1889 und thätig. Syphilitische Infection 8 Jahre vor der psychischen Erkrankung; nicht secundär. Mehrmalige Schmiercur,

Digitized by Google

lang anhaltender Gebrauch von Jodkalium und Jodeisen. Heredität: 1 Vetter vaterseits, 1 Bruder der Mutter geisteskrank.

98. C., 36 Jahre alt, Kaufmann, verheirathet, kinderlos. Lernte sehr schwer, erwarb nicht einmal das Zeugniss zum einjährigen Dienst. Später als Kaufmann sehr fleissig, reiste sehr viel und angestrengt, prosperirte in seinem Geschäfte. 1871 3 Monate mobil gemacht, nur mit endlosem Schreiben beschäftigt, kehrte 6 Monate vor Ausbruch seiner Geisteskrankheit deprimirt nach Hause zurück. Arbeitete übermässig, um das Versäumte nachzuholen. Viel Aerger mit der Familie seiner Frau. Nach einem Aufenthalt an der See seit 4 Wochen beginnende Exaltation bis zur Tobsucht. Vor 10 Jahren syphilitische Infection; wahrscheinlich secundär, denn er gebrauchte eine Schmiercur, Bäder zu Aachen. Vor der Anstalt beginnende Störung 7 Monate. In der Anstalt zu Endenich 1 Jahr 7 Monate, starb in Eitorf nach $1^3/_4$ Jahren. Gesammtdauer 3 Jahre 11 Monate. Heredität: 1 Grossonkel väterlicherseits geisteskrank. Vorwiegend melancholische Verworrenheit, zwischendurch kindische Euphorie.

99. F., 43 Jahre alt, früher Landrath, später Eisenbahndirector, unverheirathet. Lernte sehr gut, später als Landrath tüchtig, über seine Thätigkeit bei der Eisenbahn enttäuscht, daher seit 6 Jahren missmuthig; überstand 2 mal vorher längere Gemüthsdepression. Im Amte grosse Anstrengungen, vieles Reisen, unangenehme, ärgerliche Auseinandersetzungen. Vor 14 Tagen niederdrückende Erfahrungen über Familienverhältnisse. Bis dahin einfach, nüchtern, lebte er seit 6 Jahren üppig, excedirte in Baccho et Venere schon lange. Geistige Störung seit 6 Tagen. Syphilitische Infection vor 12 Jahren. Ob secundär, ist fraglich. In Anstalten 4 Jahre $^1/_2$ Monat, Gesammtdauer 4 Jahre 1 Monat. Heredität: 1 Schwester des Vaters psychisch abnorm, 1 Vetter vaterseits unheilbar gehirnkrank. 1 Schwester des Patienten epileptisch, eine zweite litt in der Jugend an Chorea. Blühender Grössenwahn.

100. P., 45 Jahre alt, Kaufmann, unverheirathet. Patient zeigte eine gute Fassungsgabe als Kind, genoss eine sorgfältige Erziehung; gutmüthig, aber leicht jähzornig; als Kaufmann unternehmend, tüchtig, machte grosse und sehr anstrengende Reisen, gründete ein grosses Geschäft in Kopenhagen, fallirte vor 12 Jahren, danach ein Paar Jahre gemüthlich deprimirt, gründete ein neues Geschäft nach Russland, arbeitete übermässig, erwarb in 8 Jahren ein grosses Vermögen; litt stets am Magen und an unregelmässiger Verdauung. Uebertrieb unsinnig alle verordneten Curen. Seit 2 Jahren beginnende geistige Veränderung, seit 1 Jahr unfähig zu regelmässiger Arbeit, geschwätzig. Seit 6 Tagen verworren, grossartig exaltirt. War 2 mal syphilitisch inficirt vor sehr vielen und vor 12 Jahren. Behandlung mit sehr viel Merkur. Excedirte stark in Venere, nicht in Potu, war ein grosser Lebemann. In der Anstalt 11 Monate. Gesammtdauer 2 Jahre 11 Monate resp. 1 Jahr 11 Monate. Keine Heredität. In den letzten Lebenstagen paralytische Anfälle. Exaltirte Form.

Digitized by Google

Syphilis allein lässt sich als ursächliches Moment demnach nur in 3 Fällen verwerthen, neben dieser nur hereditäre und rein persönliche Verhältnisse, also innere Ursachen in 4 Fällen. Von den äusseren Ursachen sind geistige Ueberanstrengung und Gemüthsbewegungen 1 mal für sich und 1 mal mit einem rein somatischen Factor nachweisbar und eine einzelne rein körperliche Schädlichkeit 2 mal. Ein Zusammenwirken mehrerer dieser letzteren finden wir 11 mal.

Bei den Fällen mit mehr- und vielfacher Einwirkung der beiden grossen Abtheilungen der ätiologischen Momente ausser der Syphilis treten die directe Heredität in 9 Fällen, die neuropathische Belastung in 21, geistige und gemüthliche Ueberanstrengung in 15, rein körperliche Factoren in 38 Fällen hervor und zwar sexuelle Excesse allein in 7 Fällen, diese mit Alkoholmissbrauch in 13, mit Strapazen in 4, mit Alkohol und Strapazen auch in 4, ausserdem Strapazen oder Alkohol in je 4 und diese beiden letzteren zusammen in 2 Fällen. Neben der constanten Syphilis sind demnach die rein körperlichen Schädigungen und die neuropathische Belastung als die häufigsten anscheinend ätiologischen Einwirkungen festzustellen, während die geistig und gemüthlich wirkenden Nachtheile und besonders die directe Heredität mehr zurücktreten.

Eine Tabelle ätiologischen Inhaltes würde hiernach etwa, wie folgt, sich gestalten:

1. Syphilis allein			3 Fälle
2. Syphilis und geistige Ueberanstrengung			1 Fall
3. Syphilis und Gemüthsbewegungen	u. sexuelle Excesse	1	6 Fälle
	u. neuropathische Belastung	2	
	u. persönliche nervöse Störungen . .	2	
	u. directe Erblichkeit u. Trauma . .	1	
4. Syphilis u. Gemüthsbewegungen u. geistiger Ueberanstrengung	u. praktische Unbrauchbarkeit . . .	1	4 -
	u. neuropathische Belastung u. persönliche nervöse Störungen	1	
	u. neuropath. Belastung u. intellectuell geringe Veranlagung u. Strapazen .	1	
	u. Excentricität u. Strapazen u. sexuelle Excesse	1	

Digitized by Google

5. Syphilis u. Gemüthsbewegungen und neuropath. Belastung	u. sexuelle Excesse u. Alkoholmissbrauch	1	4 Fälle
	u. sexuelle Excesse u. Alkohol u. Strapazen	1	
	u. sexuelle Excesse u. Alkohol u. persönliche nervöse Störungen . . .	1	
	u. directe Erblichkeit u. praktische Unbrauchbarkeit u. unregelmässiges Leben u. Alkohol	1	
6. Syphilis und erbliche Einflüsse		3	-
7. Syphilis und directe Erblichkeit	u. Alkohol	2	7 -
	u. sexuelle Excesse u. Strapazen . .	1	
	u. neuropathische Belastung u. Strapazen	2	
	u. - - - - u. Alkohol u. eigene Nervosität . .	1	
	u. persönliche nervöse Störungen u. neuropath. Belastung u. unregelmäss. Leben u. sexuelle Excesse u. Alkohol	1	
8. Syphilis u. neuropathische Belastung	u. sexuelle Excesse	3	10 -
	u. persönliche nervöse Störungen . .	1	
	u. sexuelle Excesse u. praktische Unbrauchbarkeit	1	
	u. sexuelle Excesse u. Alkohol . . .	1	
	u. - - - - u. Tabakmissbrauch	1	
	u. sexuelle Excesse u. Alkohol u. persönliche nervöse Störungen . . .	2	
	u. sexuelle Excesse u. Alkohol u. persönl. nervöse Störungen u. Strapazen	1	
9. Syphilis	u. Strapazen	1	3 -
	u. Strapazen u. Alkohol	1	
	u. strahlende Wärme u. Alkohol . .	1	
10. Syphilis u. sexuelle Excesse	allein	1	12 -
	u. Strapazen	1	
	u. Strapazen u. prakt. Unbrauchbarkeit	1	
	u. Trauma	1	
	u. Alkohol	5	
	u. - u. Strapazen	1	
	u. - u. Trauma	1	
	u. - u. persönl. nervöse Störung	1	

Digitized by Google

Die Feststellung der einzelnen anscheinend ätiologischen Momente ergiebt nun ausser der syphilitischen Infection:

1. Directe Erblichkeit (von den Eltern) in 11 Fällen, d. i. 20 pCt. und zwar 5 mal vom Vater, 4 mal von der Mutter und 2 mal von Beiden her. In 7 Fällen bestanden ausser bei den Ascendenten Geistesstörungen in Nebenlinien, in einem Falle ging Vater und Mutter und in 2 andern der Vater apoplectisch zu Grunde. Obschon bei diesen letzten 3 Fällen und bei einem 4. in Seitenlinien der Familie Geisteskrankheit bestand, war eine solche bei den apoplectisch gestorbenen Eltern und bei dem Vater des 4., der sich erschoss, angeblich nicht vorangegangen, so dass mit directer Heredität für Geisteskrankheiten eigentlich nur 7 Fälle, d. i. 13 pCt. zu zählen sind statt 20 pCt.

2. Neuropathische Belastung bei 31, d. i. 58 pCt. und zwar 11 mal von Vaters-, 9 mal von Mutter-Seite, 10 mal erkrankten Geschwister, 1 mal auch ein Geschwisterkind.

3. Eigene Nervosität bei 4. Einer derselben war von Jugend an schwächlich, „nervös", ängstlich, aber fleissig und gewissenhaft, die geistige Störung begann durch den Schrecken, als die Fabrik, deren Director er war, abbrannte. Der 2. schlecht begabt, von Jugend an zu leicht erregbar, geschäftlich überanstrengt, dabei hastig sich überstürzend, ehrgeizig, wurde nach seiner Verlobung zunächst hypochondrisch wegen seiner früheren Syphilis, dann nach der Heirath melancholisch und später plötzlich exaltirt. Der 3. von Jugend an reizbar, heftig, eigensinnig, punktiliös genau, in seinem Berufe sehr eifrig, griff zum Alkohol als seine Kräfte nicht mehr den Anforderungen gewachsen waren und gerieth bald in übermässige Erregung, während der 4. ebenfalls von Kindheit an übermässig erregbar, im Leben unpraktisch und unmotivirt hochmüthig war, später lange hypochondrisch kränkelte und durch eine vermeintlich ungerechte, aber unabweisliche Zurücksetzung in grosse Exaltation gerieth.

4. Von Jugend an sich überhebend 6 und zu Excentricitäten geneigt 3, zusammen 9. Von Einem derselben wird berichtet, dass in seiner Familie ein ungewöhnlicher Hochmuth heimisch sei, er in Folge dessen aus Mangel an Unterordnung in der Schule mit seinen Lehrern vielfach in Streit lag. Auf der Universität ging er, selbst nicht adelig, ins adelige Corps und

Digitized by Google

suchte durch die Menge seiner Duelle, liederliches Leben und Verschwendung sich hervorzuthun. Ein 2. wenig begabt, wollte stets hoch hinaus, drängte sich später mit Vorliebe an hochstehende Personen, suchte im Kriege in den Wohlthätigkeits-Comités seiner Vaterstadt sich renommistisch bemerklich zu machen und schickte die Auszeichnung, die er später von der Regierung erhielt, als für seine Verdienste nicht hoch genug, zurück. Ein 3., ein tüchtiger Kaufmann, jähzornig, übertrieb Alles, was er unternahm: Geschäfte, Reisen, Anschaffungen und ärztliche Curen.

5. Intellectuell gering veranlagt 6, im Leben praktisch nicht oder nur wenig brauchbar 10, zusammen 16. Von den 6 ersten wird ausdrücklich berichtet, dass sie in der Schule nur mit grosser Mühe und Geduld vorwärts zu bringen waren, 7 kamen im Leben zu Nichts und nur 6 brachten es dauernd zu einem eigenen Erwerb. —

Fassen wir 3, 4 und 5 als persönliche nervöse Anomalien zusammen, so finden sich diese 29 mal, aber nur bei 23 Personen, da einzelne Patienten mehrere derselben gleichzeitig aufweisen, das wäre (23 : 53) 43 pCt.

6. Geistige Ueberanstrengung bei 1 und Gemüthsbewegungen, Sorge, Aerger, Schreck bei 10, beides zusammen bei 4, im Ganzen also bei 15, d. i. 28 pCt. Hierunter ist demnach nur 1 Fall, in welchem keine andere Ursache als geistige Ueberanstrengung zu der Syphilis hinzutritt, in den übrigen 14 finden sich neben Gemüthsbewegungen die verschiedenen in der Person liegenden oder die äusseren Schädlichkeiten in manchfacher Zusammenstellung vertreten, zu welchen noch 4 mal geistige Ueberanstrengung sich hinzugesellt. Erbliche Verhältnisse finden sich hierbei in 8 Fällen, persönliche Störungen in 7 Fällen und rein äusserliche Schädlichkeiten wieder in 8. — Zu dieser Gruppe gehört der Fall von anscheinender Heilung der Paralyse, der nun seit $2^1/_2$ Jahren (seit 6. October 1889) in freien Verhältnissen und in nützlicher Thätigkeit sich befindet, wie ich ihn in meinem Berichte über die Endenicher Heilanstalt für die Jahre 1879 bis Ende 1890, Bonn 1891 S. 15—19, näher mitgetheilt habe. —

7. Strapazen bei 13 und unregelmässiges Leben bei 2, d. i. zusammen 28 pCt. Die beiden letzten sassen mit Vorliebe bis spät in die Nacht hinein im Wirthshaus, lebten liederlich und spielten

Digitized by Google

Hazard. Von den übrigen 13 machte einer den Krieg von 1866 mit und kränkelte seitdem, 2 waren 1866 und 1870 active Officiere, ohne hinterher die frühere Leistungsfähigkeit wieder zu erlangen, 9 waren durch grosse und vielfältige Geschäftsreisen Jahre hindurch starken Anstrengungen ausgesetzt und einer überarbeitete sich bei schwächlichem Körper in seinem Manufacturwaarengeschäft durch vieles Klettern und Stehen auf Leitern und Heben schwerer Stücke Tag für Tag.

8. Sexuelle Excesse bei 28, also bei 53 pCt.

9. Missbrauch von Alkohol bei 23, d. i. 45 pCt.; nur bei Einem bestand Trunksucht des Vaters. Einer dieser Patienten hatte sich dem Cognak ergeben, 10 huldigten vorwiegend dem Bier und 12 waren Weintrinker. Bei 17 von ihnen trafen sexuelle und Alkohol-Excesse zusammen, so dass erstere allein bei 11, letztere bei 6 sich fanden, zusammen bei 34 Personen, d. i. bei 64 pCt.

10. Trauma bei 3; sie alle waren mit dem Pferde gestürzt und 2 bewusstlos liegen geblieben. Bei Einem fand der Sturz $6^1/_2$ Jahre vor Ausbruch der Paralyse statt, war von Trismus unmittelbar gefolgt; bei diesem leitet seine Frau mit Bestimmtheit den Beginn seiner geistigen Veränderung von dem Unfall her. Bei den beiden Anderen betrug die Zwischenzeit 10, resp. 15 Jahre, und war eine dauernde Schädigung der Gehirnthätigkeit im Anschluss hieran wenigstens nicht nachweisbar. — Die unter 7, 8, 9 und 10 aufgeführten rein körperlichen äusseren Schädlichkeiten betrafen 39 Personen, d. i. 73 pCt.

11. Von früheren Krankheiten finden sich abgesehen von der Syphilis angegeben Tabes in 5 Fällen. Dieselbe bestand seit 2, 4, $4^1/_2$, 5 und 11 Jahren. Bei einem derselben litt auch der Bruder der Mutter, bei einem 2. der eigene Vater an Tabes. Bei 4 von diesen gingen Excesse in Venere voran und bei einem von diesen 4 wird eine plötzliche starke Abkühlung als letzte Veranlassung der Tabes angesehen. Ausserdem bestand je 1 mal Apoplexie mit Hemiplegie 5 Jahre vorher, in der Jugend Meningitis nebst $^1/_2$ Jahr vor der Psychose Entzündung der Prostata, 1 mal Neuralgien, 3 mal Typhus, 2 mal Gelenkrheumatismus, 3 mal chronische Verdauungsstörungen, 1 mal Gicht. Hievon würden ätiologisch wohl nur die Tabes-Fälle, die Apoplexie und eventuell die jugendliche Meningitis in Betracht kommen.

Digitized by Google

12. Nur bei einem dieser Syphilitiker hatte 2 mal mehrere Jahre vorher eine längere Gemüthsdepression bestanden und in der Familie dieses Einen war eine schwere neuropathische Veranlagung mehrfach ausgesprochen. Die Uebrigen waren bis zum Beginn ihrer paralytischen Erkrankung geistig gesund gewesen.

13. Dem Berufe nach hatten 14 eine akademische Bildung genossen: 6 Techniker und Ingenieure, 4 Juristen, 3 Aerzte, 1 Apotheker, 5 waren Officiere, 30 Kaufleute und Fabrikanten und 4 hatten je eine andere Thätigkeit.

Verheirathet waren 34, 19 unverheirathet. — Zwischen 30 und 40 Jahren standen 31, zwischen 40 und 50 Jahren 19, über 50 nur 2, unter 30 Jahren 1.

14. Wenn wir die Erscheinungen an den Pupillen ausser Betracht lassen, dann können wir, als auf locale syphilitische Gehirnerkrankung zurückzuführen, noch deuten linksseitige Ptosis in 7 Fällen, rechtsseitige in 3, doppelseitige in 2, linksseitige Ptosis mit linksseitiger Abducenz-Lähmung und linksseitige Ptosis mit rechtsseitiger Abducenz-Lähmung je 1 Fall und 2 mal Strabismus divergens, 1 mal dieser bei einer der 2 Fälle mit doppelseitiger Ptosis, im Ganzen also in 15 Fällen, d. i. in 28 pCt. —

Ob die mit Syphilis verbundenen Paralysen vorwiegend einen langsameren Verlauf (Camuset) nehmen, die mit acutem Verlauf meist syphilisfrei sind, steht bis jetzt nicht fest. Die Schwierigkeit hiebei erwächst zunächst bei der Bestimmung des Beginns der Krankheit. So weit ich meine Fälle verfolgen konnte, fand ich vom Ausbruch der geistigen Störung an gerechnet bei 30 Paralytikern ohne Syphilis eine durchschnittliche Dauer von 2 Jahren $8^1/_2$ Monaten, bei 40 Paralytikern mit Syphilis eine solche von 3 Jahren 2 Monaten, für alle zusammen also annähernd 3 Jahre. —

Bei einer Gegenüberstellung der verschiedenen mehr oder weniger als ursächlich angesehenen Schädlichkeiten unserer beiden grossen Kategorien, wie ich sie klar zu legen im Obigen versucht habe, ergiebt sich demnach, dass die directe Erblichkeit bei der Paralyse ohne Syphilis um ein Geringes (3 pCt.) häufiger vorkommt, als mit Syphilis, dagegen erlangt bei letzterer die neuropathische Belastung in der Familie einen um 27 pCt. (58 pCt. : 31 pCt.) höheren Einfluss. Die in der Person selbst liegenden nervösen Anomalien (eigene Nervosität, Neigung zu Excentricitäten, geringe intellectuelle

Digitized by Google

Begabung, geringe praktische Brauchbarkeit) sind bei beiden fast gleich 44 pCt. : 43 pCt. Sehr auffällig gestaltet sich dagegen das doppelt so häufige Vorkommen der geistigen Ueberarbeitung und der Gemüthsbewegungen bei der Paralyse ohne Syphilis im Vergleich zu dieser Krankheit mit Syphilis in ihrer Vorgeschichte, (57 pCt. : 28 pCt.) während umgekehrt bei dieser letzteren Combination Strapazen und sexuelle Excesse fast um das Doppelte (28 pCt. : 15 pCt., resp. 53 pCt. : 27 pCt.) überwiegen, Missbrauch des Alkohols dagegen annähernd gleich gross ist (45 pCt. : 43 pCt.). Die rein körperlichen von aussen hinzutretenden Schädlichkeiten finden sich in ihrer Gesammtheit (Strapazen, sexuelle, Alkohol-Excesse, Trauma) bei unserem Leiden ohne Syphilis in 55 pCt., mit Syphilis in 73 pCt., während in dieser 2. Kategorie die Syphilis selbst ja mit 100 pCt. angesetzt werden müsste. —

Localisirte Gehirnerscheinungen sehen wir ohne Syphilis nur in 4 pCt., mit dieser in 28 pCt. —

Bei der Paralyse ohne Syphilis bildet also die häufigste Einzel-Erscheinung in der Anamnese die geistige Ueberarbeitung und Gemüthsbewegungen, bei der Paralyse mit constanter Syphilis nach dieser selbst die neuropathische Belastung und sexuelle Excesse, namentlich aber die Gruppe der rein somatischen Störungen zusammen genommen. —

Die 100 Paralytiker nun auf die einzelnen ursächlichen Momente geprüft, ergiebt:

Syphilis	53 pCt.
Neuropathische Belastung	46 -
Persönliche nervöse Anomalien	44 -
Alkoholmissbrauch	43 -
Geistige Ueberarbeitung und Gemüthsbewegungen	42 -
Sexuelle Excesse	41 -
Directe Erblichkeit	22 -
Strapazen	22 -
Trauma	5 -

Die Syphilis erweist sich demnach unter den Momenten, welche die Entwicklung der allgemeinen Paralyse nach der bisherigen Annahme und Lehre im Allgemeinen begünstigen, in unsern Fällen wieder als der häufigste Factor, obschon nach meinen vorstehenden

Digitized by Google

Erfahrungen auch eine erhebliche Anzahl von Paralyse-Erkrankungen ohne vorangegangene Syphilis vorkommt. In 2 früheren Zusammenstellungen, in den gedruckten Berichten über unsere Heilanstalt in Endenich, Bonn 1879 und 1891, hatte sich 47 pCt., resp. 59 pCt. Syphilis bei je einer kleinen Zahl von Paralytikern herausgestellt, während das jetzige Resultat 53 pCt. gerade die Mitte zwischen diesen beiden hält. Wenn dieses Verhältniss von den vielen Bearbeitern dieses Gegenstandes so sehr verschieden angegeben wird (12—75 pCt.), so beruht dies zunächst zum grossen Theil auf der Ungleichheit des Beobachtungsmaterials. In den gebildeten Ständen ist die Syphilis vergleichsweise häufiger, als in den niederen; (nach *Erb* bei der Tabes 89 pCt.: 76 pCt.) dem entsprechend weisen die Berichte aus den besser gestellten Privat-Anstalten durchweg einen grösseren Procentsatz an vorangegangener Syphilis bei der Paralyse auf, als die Mittheilungen aus den öffentlichen Irrenanstalten über diesen Punkt, wie dies z. B. auch *Reinhard* und *Binswanger* (Jena) an den Insassen ihrer Anstalten aus den verschiedenen Ständen ziffermässig klar gelegt haben. Ausserdem wird in den letzten 20 Jahren aufmerksamer auf diesen Punkt geachtet, als früher. Der Procentsatz der Syphilis bei der Paralyse beträgt nun nach den Angaben von *Mendel* und *Snell* je 75 pCt., *Binswanger* 49—72 pCt., *Dietz* 61,4 pCt., *Gerlach* 50,5 pCt., *Goldstein* 50 pCt., *Ziehen* 33—43 pCt., *Ascher* 34,7 pCt., *Fürstner* 32 pCt., *Graf* 27,5 pCt., *Obersteiner* 21,6 pCt., *Reinhard* 20,1 pCt., resp. 73,3 pCt. bei den besseren, 16,7 pCt. bei den mittleren und untern Volksschichten, *Nasse* 19,3 pCt., *Ripping* und *Eickholt* je 12 pCt. und nach *Rieger*'s statistischen Untersuchungen hat der Syphilitische eine 16—17 mal stärkere Disposition oder Chance an Paralyse zu erkranken, als der Nichtsyphilitische. Für eine Beziehung zwischen Paralyse und Syphilis spricht auch noch das seltene Vorkommen letzterer bei andern Geistesstörungen. Bei diesen bestand frühere Syphilis nach *Mendel*'s Erfahrungen in 18 pCt., *Binswanger* 4—18 pCt., *Oebeke* 15 pCt., *Ziehen* 1,5—13 pCt., *Goldstein* 11 pCt., *Reinhard* 6,4 pCt., *Ripping* $2^1/_2$ pCt., *Nasse* 2,3 pCt.

Als einen weiteren Beleg für den Zusammenhang zwischen Syphilis und Paralyse führt *Bouchard* noch das seltene Vorkommen beider bei Geistlichen an. Nach *Strümpell* und *Moebius* ist die Tabes, wie die Paralyse das Product einer postsyphilitischen

Digitized by Google

Intoxication des Körpers, eine Nach- oder Folgekrankheit der Syphilis. Andere dagegen, in jüngster Zeit namentlich ***Tarnowsky*** und ***Regnier***, leugnen jede Beziehung. —

Die directe Erblichkeit (Vater oder Mutter geisteskrank) erreicht in unsern Fällen nur 22 pCt.; während die neuropathische Belastung (Erkrankung bei Oheim, Tante, Vetter, Base, Geschwister) für sich allein berechnet mit 46 pCt. recht hoch sich erweist. Ein Vergleich mit den Angaben anderer Autoren ist erschwert, da diese meist die Blutsverwandten hiebei zusammenfassen. Im Allgemeinen wird der Einfluss der Heredität bei der Paralyse niedriger geschätzt, als bei den übrigen Psychosen (***Mendel, Jung, Ulrich, Hagen, Eickholt, Meynert***), während Andere, wie ***Wille***, ihn recht hoch anschlagen und ***Charcot*** die Erblichkeit bei der Tabes wenigstens für die Hauptursache hält, obschon er bei der Mehrzahl seiner Tabes-Kranken frühere Syphilis fand. Die neuern Angaben lauten vielfach höher als die ältern. Die verhältnissmässige Häufigkeit mit 44 pCt. der persönlichen Anomalien bekundet, dass die Paralytiker in grosser Zahl den Keim zur Erkrankung in der Organisation ihres Nervensystems tragen. Kommen nun äussere allgemeine Schädlichkeiten in häufiger Wiederholung hinzu, welche mit vasomotorischen Störungen und Wallungen und Gehirnhyperämie einhergehen, so tritt allmälig in dem betreffenden Organ hinterher kein Ausgleich ein und die anfänglich vorübergehenden Veränderungen werden dauernde. In dieser Richtung sehen wir dann auch die Einwirkung von Gehirnstrapazen mit 42 pCt. sich geltend machen, die des Alkoholmissbrauchs mit 43 pCt. und der sexuellen Excesse mit 41 pCt., also fast in gleichem Grade. Unter den Gehirnstrapazen überwiegen die Gemüthsbewegungen die Ueberanstrengungen der Verstandesthätigkeit und beide gemeinsam finden sich, wie oben bemerkt, doppelt so häufig bei der Zahl der Paralytiker ohne, wie bei der mit Syphilis. Bei der ersteren Kategorie bilden sie mit 57 pCt. das häufigste ätiologische Moment und treten somit gleichsam als Ersatz für die Schädigung der Syphilis bei der 2. Kategorie ein. Ueber die Rolle des Alcoholismus in der vorliegenden Krankheit zeigte im August v. J. eine längere Discussion in der Jahresversammlung der französischen Irrenärzte zu Lyon eine sehr verschiedene Auffassung. Viele von ihnen weisen dem Alkohol eine untergeordnete Bedeutung in der Aetiologie zu und verwerfen die

Digitized by Google

Aufstellung einer alkoholischen Pseudo-Paralyse. *Charpentier* dagegen führt an, dass nach seinen Erfahrungen die Paralyse bei den Alkoholikern ihre grösste Frequenz erreiche und *Combemale* will bei Thieren experimentell durch chronischen Alcoholismus ein analoges Bild erzeugt haben, wie die paralytische Erkrankung beim Menschen. Nicht zu übersehen ist der Umstand, dass Manche, früher nüchterne Leute, erst zu trinken anfangen in einem Vorstadium der Paralyse, ehe dieses als solches erkannt wird. Da ist das Trinken Krankheits-Erscheinung, nicht Ursache. —

Sehr bemerkenswerth ist der Unterschied, dass bei unsern Paralytikern ohne Syphilis die sexuellen Excesse in 27 pCt. angegeben werden, bei denen mit Syphilis dagegen doppelt so häufig mit 53 pCt. Man könnte daraus schliessen, dass letztere dissoluter in dieser Hinsicht gelebt hätten, allein trotz des bei ihnen bestehenden ungünstigern Verhältnisses der Unverheiratheten zu den Verheiratheten (19:34) im Vergleich mit den Nicht-Syphilitikern (8:39) ist dies nicht durchschlagend, da bei Manchen dieser Abusus aus der Ehe berichtet wird.

Unter den Strapazen finden wir in 5 Fällen die active Theilnahme an den Kriegen als Veranlassung aufgezeichnet und in 11 Fällen Jahre langes anstrengendes Reisen auf Eisenbahnen.

In den 5 Fällen von Trauma kann diesem bei 4 eine Einwirkung auf das Entstehen der spätern Psychose nicht abgesprochen werden, wie wir von früheren Krankheiten in 9 Fällen Typhus, in 5 Tabes dorsalis und die erwähnten directen Gehirnerkrankungen ätiologisch nicht unberücksichtigt lassen dürfen. Missbrauch von Tabak als übermässiges Rauchen starker Cigarren findet sich nur 3 mal, strahlende Wärme 2 mal angegeben. In Folge Metallvergiftungen kam kein Fall zur Beobachtung.

Als Ausdruck localer Gehirnerkrankung dürfen wir die Lähmungen einzelner oder mehrerer Augenmuskeln deuten, die in 17 Fällen auftraten, nur 2 mal bei Nicht-Syphilitischen und in der Familie des Einen dieser beiden war Tuberculose heimisch. 10 mal sah ich linksseitige, 4 mal rechtsseitige, 2 mal doppelseitige Ptosis.

Von Beruf gehörten 54 dem Kaufmannsstande an, 23 den gelehrten Ständen, 5 waren Officiere und die übrigen 18 lebten

Digitized by Google

den verschiedensten Beschäftigungen. Verheirathet waren 73, unverheirathet 27.

Dem Alter nach beim Ausbruch der Paralyse zählte ich 3 unter 30 Jahren, im 3. Jahrzehnt des Lebens 55, im 4. 31, über 50 Jahre 7 und 2 jenseits des 60. Lebensjahres. Die Hälfte Aller, also 50, stand im 36. bis 45. Lebensjahr. Von den 3 unter 30 Jahren datirte der Beginn der Krankheit bei Einem nachweislich nach einem Trauma (Sturz die Treppe hinunter), die beiden Anderen hatten in Baccho et Venere unsinnig excedirt, beide waren neuropathisch belastet und von Jugend an persönlich abnorm und bei dem Einen war der Vater ein Trinker gewesen. Der jüngste, 24 Jahre alt, starb an eiteriger Peritonitis und die Section zerstörte die im Leben gehegten Zweifel, ob wirklich paralytische Geistesstörung vorliege. Von den 9 über 50 Jahre gehören 7 zur Paralyse ohne Syphilis.

Dass nun die verschiedenen näher erörterten Schädlichkeiten, so weit sie nicht im Individuum selbst liegen und eine geringere Widerstandskraft im Centralnervensystem bedingen, in ihren Wirkungen aufs Gehirn vasomotorische Störungen und bei häufiger Wiederkehr dauernde Veränderungen der umgebenden Gewebe hervorrufen, ist anerkannt. Streitig ist nur der Modus der Entwicklung der letztern. Die Einen (*Calmeil, Magnan, Obersteiner, Mendel, Gerdes*) sehen, die 2 letzteren auch gestützt auf ihre Versuche an Hunden, in der Gefässveränderung, die sie (ebenso *Rumpf* u. A.) beim Menschen als eine syphilitisch bedingte auffassen, mit den sich anschliessenden chronisch entzündlichen Veränderungen der interstitiellen Gewebe das Primäre, während sie die Erkrankung des Nervengewebes als secundär auffassen, Andere (*Tuczek, Wernike, Joffroy, Pierret, Zacher, Friedmann*) treten für die parenchymatösen Veränderungen des Nervengewebes als den primären Vorgang ein, theils mit Störungen an den Nervenzellen selbst, theils mit hochgradigem Faserschwund nach verhältnissmässig kurzer Krankheit. In spätern Stadien und nach langsamem Verlauf ergeben sich meist die angeführten pathologisch-anatomischen Befunde neben einander.

Die Literatur über die Paralyse und ihre Aetiologie ist allmälig zu einer kleinen Bibliothek angewachsen und so wird es vielleicht genügen, wenn ich auf die Stellen hinweise, wo die meisten Arbeiten zu finden, erwähnt oder referirt sind abgesehen von denen,

Digitized by Google

welche ich im Text selbst angeführt habe. Zunächst nenne ich die bekannten Monographien:

1. *Calmeil*, De la paralysie considérée chez les Aliénés, 1826.
2. *Mendel*, Die progressive Paralyse der Irren, 1880.
3. *Mickle*, General Paralysis of the insane. 2. edition.
4. *Voisin*, Traité de la paralysie générale des aliénés, 1879.

Ferner:

5. *Braus*, Die Hirnsyphilis 1873 und die Prognose der Gehirnsyphilis, 1886.
6. *Heubner*, Die luetischen Erkrankungen der Hirnarterien, 1874.
7. *Meyer, L.*, Die allgemeine progressive Gehirnlähmung, eine chronische Meningitis, 1858.
8. *Rumpf*, Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems, 1887.
9. *Simon*, Die Gehirnerweichung der Irren (Dementia paralytica), 1871.
10. *Tuczek*, Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica, 1884.
Tuczek, Neurologisches Centralblatt, 1882. No. 14 und 15.
11. Alkoholismus in der Aetiologie der allgemeinen Paralyse. Arch. de l'Anthropologie criminelle Bd. VI No. 35 und Le progrès medicale 1891 No. 32, cf. Neurol. Centralblatt 1891, No. 24 S. 773. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1891, October S. 451.
12. *Ballet* u. *Landouzy*, Arch. de neurolog. VII 20 p. 259.
13. *Bannister* (Illinois, Chicago), A statistical note on 234 cases of paresis with special reference to its etiology cf. Neurol. Centralblatt 1892 No. 7 S. 216.
14. *Binswanger* (Jena), Festschrift zum Jubiläum von Geh. Rath Prof. Dr. *Ludwig Meyer*. Hamburg 1891.
15. *Bouchaud*, Ueber die relative Häufigkeit der allgemeinen Paralyse bei Laien und Geistlichen. Cf. Literaturbericht der Allgem. Zeitschr. für Psych. pr. 1. Halbjahr 1891 S. 95.
16. *Brie*, Syphilis und Dementia paralytica. Dissertation Breslau 1886. Neurol. Centralblatt 1886 No. 14.
17. *Camuset*, Mittheilung über die allgemeine Paralyse syphil. Ursprungs. Annales medico-psycholog. 1891, Januar u. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Literatur-Bericht 1891, 1. Halbjahr.
18. *Charcot*, Arch. gen. 1883 p, 318.
19. *Charcot*, Syphilis, ataxie locomotive, paralysie faciale, Leçon du Mardi 1887—1888. Première Leçon.
20. *Cuylits*, Surmenage et folie paralytique, cf. Neurol. Centralblatt 1891, No. 3 S. 88 und 1890 No. 9 S. 282 und Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 47 S. 265 (Literatur).
21. *Dietz*, Dementia paralytica und Lues. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1886 Bd. 43 S. 237.

Digitized by Google

22. *Eickholt*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 41 S. 33 u. 682, 1884.
23. *Erlenmeyer*, Die luetischen Psychosen, 1877.
24. *Fournier*, Syphilis und Quecksilber in ihrer Beziehung zur Tabes, cf. Wiener med. Wochenschr. 1892 No. 14.
25. *Gerdes*, *Emil*, Versuche über paralytischen Blödsinn bei Hunden. Berlin 1891. Dissertation. Cf. Neurol. Centralbl. 1891 No. 13 und Deutsche med. Wochenschr. 1892 No. 12 (Naturforscherversammlung in Halle 1891).
26. *Gerlach*, *Otto*, Ueber die Beziehungen der constitutionellen Syphilis zur Tabes dorsalis und progress. Paralyse, Halle 1890. Dissertation. Cf. Fortschritte der Medicin 1891, Bd. 9 No. 3 S. 111.
27. *Goldstein*, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 42 S. 955, 1885.
28. *Graf*, Die Aetiologie der Paralyse nach den Erfahrungen zu Werneck. München, ärztl. Intelligenzblatt 1885 No. 31 u. 32. Cf. Allgem. Zeitschrift f. Psych. 1886, Literaturbericht. 2. Halbjahr 1885 S. 67.
29. *Lancereaux*, Encephalitis syphilitica. Arch. général de médicine 1891, April u. Allgem. Zeitschr. Psych. Literaturbericht 1891 1. Halbjahr.
30. *Mansurow*, Die tertiäre Syphilis, Gehirnleiden, Geisteskrankheiten etc. 1877.
31. *Mayer* u. *Goldstein*, In „Aachen als Curort" 1889.
32. *Mendel*, Berl. klin. Wochenschr. 1883, No. 17.
33. *Mendel*, Ueber paralytisch. Blödsinn bei Hunden. Arch. für Psych. 1884 Bd. 15 S. 867 u. Sitzungsberichte der Königl. Preuss. Akademie der Wiss. XX. 1884 Bd. 2.
34. *Mendel*, Die path. Anatomie der Dementia paralytica. Referat auf dem X. internationalen Congress zu Berlin im August 1890, cf. Neurol. Centralbl. 1890 No. 17 S. 519.
35. *Mendel*, Arch. f. Psychiatrie Bd. X S. 780. Hierzu Discussion Arch. f. Psych. Bd. XI, S. 830.
36. *Meynert*, Allgem. Paralyse der Irren. Jahrb. f. Psychiatrie, Bd. VI.
37. *Minor*, Arch. de neurolog. XVII, 1889, p. 183. 362.
38. *Moebius*, In seinen vorzüglichen Referaten. *Schmidt*'s Jahrbücher Bd. 196, 203, 209, 217, 225 u. 233. Heft 1.
Moebius, Allgemeine Diagnostik der Nervenkrankheiten 1886, S. 7.
39. *Nasse*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 42, S. 328. 1885.
40. *Obersteiner*, *Virchow*'s Archiv Bd. 52, S. 520.
Obersteiner, Die Beziehungen der Syphilis zur Dementia paralytica. Wiener med. Wochenschr. 1883 und in
Obersteiner, Die Privatheilanstalt zu Ober-Döbling (Wien) 1891, Capitel VII.
41. *Preuss*, Ueber die Syphilis als Aetiologie der Tabes und Dementia paralytica. Dissertation. Berlin 1886. Neurol. Centralbl. 1886, No. 14.
42. *Reinhard*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 41, 1884.
43. *Rieger*, Statistische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen

Digitized by Google

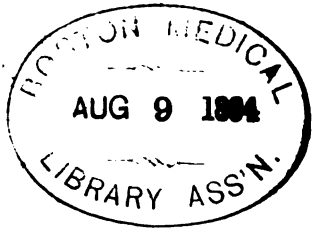
Syphilis und progressiver Paralyse. *Schmidt*'sche Jahrbücher Bd. 210, 1886, No. 4.

44. *Savage*, Ueber das Verhältniss der allgem. Paralyse zur Syphilis. Bericht über die Section f. psycholog. Medicin und Nervenkrankheiten des 9. internationalen Congresses zu Washington 1887, cf. Neurol. Centralbl. 1887 S. 455. Ebenda *Mendel*.
45. *Schultze, Fr.*, Arch. f. Psych. XIV 2, 1883 p. 359.
46. *Seeligmüller*, Lehrbuch etc. 1886 II.
47. *Siemens*, Syphilis und Dementia paralytica. Neurol. Centralbl. 1887, No. 6.
48. *Strümpell*, Deutsche med. Wochenschr. 1889, No. 41 nebst Discussion, cf. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 46, 1869 S. 228 (Literatur).
49. *Strümpell*, Münchener med. Wochenschr. 1890 No. 39.
50. *Strümpell*, Neurol. Centralbl. 1888 No. 5.
51. *Strümpell*, Neurol. Centralbl. 1889 No. 19.
52. *Tarnowsky*, Die Syphilis des Gehirns und ihre Beziehungen zu anderen Erkrankungen des Nervensystems. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 1891. Jahrgang 23, Heft 3 S. 385.
53. *Thomsen*, Ueber die praktische Bedeutung der Syphilis-Paralysefrage. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 46 S. 615.
54. *Trowbridge* (Danvill, America), 90 Fälle von Dement. paralytic., cf. Literaturbericht der allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie pro 1. Halbjahr 1891 S. 92.
55. *Veronese*, Syphilis als ätiologisches Moment bei Erkrankungen des Nervensystems. Wiener Klinik 1883, Heft 9.
56. *Wernicke*, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten 3, 1881.
57. *Wille*, Die syphilitischen Psychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 28 S. 502 u. Bd. 32 S. 42, 1875.
58. *Wille*, Die Aetiologie der fortschreitenden Paralyse der Irren. Correspondenzblatt f. schweizer Aerzte 1881 No. 3.
59. *Zacher*, Neurol. Centralbl. No. 3, 1891.
Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. 1891 S. 188.
Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. Literaturbericht pro 1. Halbjahr 1891 S. 90.
60. *Ziehen*, Neurol. Centralbl. 1887 No. 9.
61. Discussion über die Syphilis-Paralyse. Congrès national d'aliénation mentale de Rouen, Aug. 1890. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1890. December S. 395 und
Neurol. Centralblatt 1890, No. 22 S. 700.
62. Discussion über die path. Anatomie der progressiven Paralyse auf dem X. internationalen Congress zu Berlin, August 1890. Neurolog. Centralbl. 1890 No. 17 S. 519 u. 540.
63. *Kronthal*, Zur pathol. Anatomie der progr. Paralyse der Irren. Neurolog. Centralbl. 1887, No. 14.
64. *Siemerling*, Charité-Annalen. 13. Jahrgang 1888.

Digitized by Google

65. *Ascher*, Beitrag zur Kenntniss des Verlaufs und der Aetiologie. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 46 1889.
66. *Greppin*, Ueber 26 Fälle von progr. Paralyse bei Frauen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 46, 1889.
67. *Leppmann*, Progr. Paralyse und peripheres Trauma. Breslauer ärztl. Zeitschr. 1889, No. 9.
68. *v. Krafft-Ebing*. Dementia paralytica. Wiener medic. Presse 1889, No. 46—48.
69. *Regnier*. Ueber die Beziehungen zwischen Gehirnsyphilis u. allgem. Paralyse. Revue de médicine 1889, No. 6—8.
70. *Jacobson*, Journ. of ment. sience. 1892, April.

Ausserdem verweise ich auf die Hand- und Lehrbücher der Gehirn- und Geisteskrankheiten und auf die halbjährigen Literatur-Berichte der Allgem. Zeitschr. f. Psych. und die beiden neurologischen Centralblätter von *Mendel* und *Erlenmeyer*, welche über die Literatur eingehend referirten.



Digitized by Google

Ueber katatonische Symptome im Verlaufe der Paralyse bei Frauen.

Von

Dr. **P. Näcke**-Hubertusburg.

Am 15. Juni 1885 hielt Dr. *Knecht* in dem psychiatrischen Vereine zu Berlin einen Vortrag[1]), in dem er auf katatonische Erscheinungen bei paralytischen Männern hinwies. Es waren Mischformen von Paralyse und *Kahlbaum*'scher Katatonie, Fälle, die bald das Bild der Paralyse, bald das der Katatonie darboten, wie sie Vortragender nirgends erwähnt fand, klinische Formen, auf welche, so weit ich sehen kann, bis heute nicht zurückgegriffen wurde, offenbar wegen der grossen Seltenheit.

Es liessen sich 2 Gruppen unterscheiden: „bei der einen begann und verlief die Krankheit monatelang unter den Erscheinungen eines ausgesprochenen melancholischen Stupors, bis dann plötzlich eine rasch sich steigernde Paralyse auftrat . . .; die andere Gruppe zeigte anfänglich die Symptome einer Paralyse, welche dann später von einer Katatonie abgelöst wurde, während deren Bestehens indess wiederholte paralytische Anfälle auftraten".

Die katatonischen Symptome setzten sich aus Stupor mit katatonischer Starre, Verbigeration, theatralischem Wesen und automatischen Bewegungen zusammen, wobei das Eine oder das Andere der Elemente fehlte, jedenfalls aber immer mehrere Elemente zusammentrafen. Der Verlauf in den 4 mitgetheilten Fällen war sehr protrahirt und durch die katatonischen Erscheinungen so sehr modificirt, „dass in der Mehrzahl der Fälle von erfahrnen Irrenärzten trotz längerer Anstalts-Behandlung es nicht gelungen war,

[1]) *Laehr*'s Zeitschrift, Bd. 42. p. 331 ss.

Digitized by Google

eine zutreffende Diagnose und Prognose zu stellen". In 1 Falle war der Hirnbefund mehr negativ, in 2 andern fand sich Pacchymeningitis haemorrhagica.

Abgesehen nun davon, dass in einer Gruppe dieser Fälle an einen Uebergang der Katatonie — wenn man sie als selbständige Form aufstellen will — in Paralyse gedacht werden kann, so liegt das Eigenthümliche und allen Fällen Gemeinsame in den mehr weniger vollständig vorhandenen Zeichen der *Kahlbaum*'schen Katatonie und zwar wenigstens in 2 verschiedenen Componenten. Dies ist zu betonen wichtig, da einzelne derselben, wie bei andern Psychosen, so auch bei der Paralyse nicht selten vorkommen, ohne dass man deshalb ohne Weiteres berechtigt ist, dieselben als katatonische Zeichen gelten zu lassen.

Schon *Griesinger* erwähnt 1867 in seinem Lehrbuche (p. 403), dass man hier sehr oft vorübergehend oder länger dauernde Steifheit in einzelnen Muskelgruppen der Beine wahrnehmen könne. *Mendel*[1]) macht darauf aufmerksam, dass als Reizerscheinungen die Spannungen in den Muskeln, besonders am Ober- und Vorderarme aufzufassen sind, die zuweilen im Verlaufe der Paralyse, öfter im Anschlusse an paralytische Anfälle beobachtet werden (Katatonie) und an anderm Orte[2]) sagt er, dass durch reflectorische Muskelspannungen und Contraction der Gang sehr verschiedene Formen annehmen kann, er könne dadurch zum steifen, spastischen etc. werden. Aber auch die andern Muskeln können bekanntermaassen an der Steifheit partizipiren, daher der Opisthotonus, die vorwiegend flectirte Haltung, besonders nach den paralytischen Anfällen, oder Contracturen und automatische, mehr weniger krampfhafte Bewegungen.

Andernseits wird aber auch, gleichfalls mit Vorliebe nach den Anfällen, Sopor oder Stupor gesehen (vergleiche die Lehrbücher von *Schüle, Arndt*), ja nach *Kräpelin* (Lehrbuch, 2. Aufl. 1887, p. 457) sieht man in einzelnen Fällen kataleptische Zustände mit ausgebildeter Flexibilitas cerea längere Zeit hindurch, selbst Wochen und Monate lang fortbestehen, so dass in diesen Fällen leicht Verwechselung mit katatonischer Verrücktheit stattfinden könnte.

[1]) *Mendel*, Die progressive Paralyse der Irren, Berlin 1880, p. 179.

[2]) *Mendel*, Artikel: Dementia paralytica in *Eulenburg*'s Real-Encyklopädie etc., 1. Aufl. Bd. IV p. 34.

Digitized by Google

Dass endlich Paralytiker sinnlose Worte aneinanderreihen oder dieselben Worte und Sätze wiederholen (Verbigeration) ist nicht gerade so selten zu beobachten.

Bei unsrer relativ geringen Kenntniss der Paralyse bei Frauen wird es erklärlich sein, dass bislang katatonische Sypmtomencomplexe nicht gesehen, wenigstens nicht bekannt gemacht wurden.

Greppin[1]), der zuletzt über die Frauenparalyse schrieb, spricht nur von „einer Art von Stupor mit intercurrenten Aufregungszuständen" nach epileptiformen Anfällen; er hebt weiter 8 Kranke hervor, „bei denen sich meistens nicht eigentliche epileptiforme Krampfanfälle geltend machen, sondern wo im Gegentheil diese Zustände von tiefer Verworrenheit, von geistiger und motorischer Unruhe während einiger Tage bis einigen Monaten die Scene beherrschten" mit folgender absoluter Amnesie oder höchstens nur sehr summarischer Erinnerung an Erlebtes. In 5 Fällen endlich bestand nach dem Insult auf einer Seite Lähmung, auf der andern aber Contractur, in weitern Fällen sah er beständige Kau-, Schluck- und Saugbewegungen oder Zähneknirschen. Verbigeration, automatische Bewegungen, Benommenheitzustände, besonders nach den Anfällen sah ich selbst wiederholt, wenn auch vielleicht seltener, als bei Männern.

Es sind also dieselben vereinzelten Erscheinungen, wie bei paralytischen Männern; mit einander combinirt kamen sie nicht vor.

Ich bin nun in der Lage von 3 weiblichen Kranken zu berichten, die zeitweis katatonische Starre mit echtem Stupor vereinigten, also ein wesentliches Symptom der Katatonie darboten, ein Bild, das aber vielleicht mit *Schüle* richtiger als (attonischer?) Stupor mit Spannungsneurose zu bezeichnen ist oder mit *Meynert* als intercurrente stuporöse Amentia mit subcorticalen Reizerscheinungen.

Zunächst folgen in Kürze die Krankengeschichten, schon um zu zeigen, dass es sich um Fälle echter Paralyse handelt.

1) Anna P....d, verwittwet, 38 Jahre alt. Vater an einer Nervenkrankheit gestorben. Wenig sonst bekannt. Seit 1871 bis vor wenig Jahren Puella publica, wiederholt wegen Lues behandelt. Im Sommer

[1]) *Greppin:* Ueber 26 Fälle progressiver Paralyse bei Frauen. Diese Zeitschr. Bd. 46, p. 553 ss.

Digitized by Google

1889 unvernünftige Geldausgaben, auffallendes Lachen und lautes Schreien in verschiedenen Vergnügungslocalen. Anfangs Juli in Irrenanstalt. Hier unanständiges Benehmen, kritiklose Grössenideen, sehr wechselnde Stimmung. Ende Juli wird sie tobsüchtig, zerstörte Sachen, suchte zu entweichen, schlug wiederholt los, war total verwirrt, liess unter sich, schmierte. Die heftige Erregung liess etwas nach. Hier den 23. October 1889 aufgenommen. Gut genährt, ziemlich gross, männlicher Habitus, mongoloides Gesicht. Rechts Ptosis, das rechte Auge bleibt hinter dem linken in der Bewegung zurück. Doppelbilder. Rechte Pupille weiter als die linke, beide starr. Facialis unregelmässig, Zunge zittert, Häsitiren, *Romberg*sches Symptom, Fehlen der Kniereflexe. Sehr schlechtes Gedächtniss, kritikloser Grössenwahn, ist sehr reich, fühlt sich sehr wohl und kräftig: das Stück Brot, das sie in der Hand hat, ist eine Torte; sie hat mehr als 100 Kinder, das älteste ist viele hundert Jahre alt, sagt aber sogleich, sie sei 35 Jahre alt. Anfangs unruhig, unrein, nicht heftig; 3 Wochen später unruhig, verworren, zerriss, schmierte. Zelle. Allmälig ruhiger, reinlicher, strickte fleissig, bescheiden, ohne hervorstechenden Grössenwahn, aber paralytische Briefe. Februar 18, 1890. Schrieb Brief an ihren Mann, Herrn von Osten, deutschen Kaiser in Löbtau: sagt, sie habe diesen in 2. Ehe geheirathet, er habe sich den Kaisertitel auf der Polizei gekauft, sie waren sehr reich etc. Pupillendifferenz noch da. Blieb meist fleissig, anständig, schlug öfters zu, zeigte fibrilläres Zucken, kaum noch Häsitiren. Anfangs Juli 1890 offenbar ein paralytischer Schwindel: sie fiel nieder ohne Zucken. Ward allmälig körperlich schwächer, fiel beim blossen Anstossen hin, unsicher auf den Beinen. Zeitweis leichter Schwindel und Uebelkeit, wahrscheinlich rudimentäre Anfälle. Wird noch schwachsinniger, reizbarer. Am 22. Januar 1891 apoplektischer Insult: früh benommen, verworren, etwas schwankend, Zunge nach rechts, Sprache etwas gehemmt. Dauerte Alles nur kurze Zeit. Im Februar und März wieder Nachts wahrscheinlich paralytische Anfälle, ebenso den 16. April im Bade, wo sie bewusstlos hinfiel und zuckte; den 18. noch bewusstlos, knirschte mit den Zähnen, Kinnkrämpfe. Es erfolgten später noch weitere Insulte. Tief verblödet.

2) Frau C . . . . d, Arbeiters Ehefrau, 32 Jahre alt, ohne Erblichkeit, Anamnese sehr dürftig. War 2mal verheirathet; aus der 1. Ehe 2 Kinder. Soll in den letzten Jahren in Hamburg Puella publ. gewesen sein. Wegen Psychose 2mal in Friedrichsberg gewesen, dann in Leipzig, mit eklatantem paralytischen Grössenwahn. Meist herrschte blödsinnige Euphorie vor, oft ward sie aber plötzlich aggressiv. Hier den 14. December 1889 aufgenommen. Mittelgross, gut genährt, blass, der linke Arm stark contracturirt. Rechte Pupille weiter als die linke, beide lichtstarr, zitternde Zunge, starkes Häsitiren. Fast ganz unorientirt, verworren, will mit der Königin verwandt sein, viel Geld haben, ist heiter erregt. Im Ganzen Verhalten stetig, sehr unreinlich, verwirrt, tief verblödet, vage Grössen-

Digitized by Google

ideen, zeitweis weinend oder heftige Zornausbrüche, sonst meist ruhig, schwatzhaft, euphorisch, ewig lächelnd, ohne Arbeitstrieb. Kräfte nehmen allmälig ab. Den 27. Januar 1891 leichter apoplektischer Anfall: war hingefallen, ohne Zucken, schien das Bewusstsein theilweis zu haben, konnte nicht richtig sprechen. Den nächsten Tag fast Alles weg. Ging mehr und mehr zurück, hing ganz nach links, ward zuletzt bettlägerig und starb den 17. October 1891 unter Fieber.

Section: Mehrfacher leichter Decubitus. Dura links über der Convexität, wie in beiden Schläfengruben mit rostfarbenem Belag. Weiche Hirnhäute überall stark getrübt und verdickt, die Verhältnisse rechts scheinbar stärker ausgeprägt als links. In der Fossa Sylvii ist die Pia nur schwer trennbar. An der Basis sind die Nerven in die dicke Pia fest eingebettet. Gehirnsection nach *Meynert*. Ventrikel nicht auffallend erweitert, Ependym in den Seitenventrikeln nicht, jedoch stark im 4. Ventrikel granulirt. Gehirn recht weich. Pleuritis adhaesiva chron. sinistra; Pneumonia hypostatica sin., Oedema pulmonum, Atrophia cordis, Nephritis chronica.

3) Cr . . . . d, Posamentirerin, ledig, 42 Jahre alt. Verlor früh die Eltern, daher schlecht erzogen, lebte unsolid, hat 2 uneheliche Kinder gehabt, trieb sich öfters auswärts herum und soll in letzterer Zeit öfter grössere Mengen Bier getrunken haben. Angeblich ohne Heredität. Mitte Juni 1889 begann Psychose angeblich plötzlich; sie soll eines Tages bis Mitternacht gearbeitet haben, ohne etwas fertig zu bringen, einen ganzen Tag soll sie mit Ordnen des Haars beschäftigt gewesen sein. Sie stahl dann einige Sachen aus einer Bude, ward in's Gefängniss gebracht, von da in's Krankenhaus. Hier zog sie sich wiederholt nackt aus, wusch ihre Wäsche im Nachtstuhle im Urin etc. und scheint Hallucinationen gehabt zu haben. Hier den 22. August 1889 aufgenommen. Klein, dürftig, sehr degenerirtes Gesicht, Pupillen sehr eng, Zunge zitternd. Stellt sich als Kaiserin Wilhelm vor, erzählt aber gleichzeitig, dass sie Posamentirerin sei und dabei unendlich viel Geld verdient habe; jede Stunde hat sie 6 Dutzend Stücke fertig gebracht, viel mehr als die Andern. Heute hat sie früh 6 mal gefrühstückt, das eine Mal 12 Liter Milch getrunken, das andere Mal 2 kg Käse gegessen etc. Zu Mittag hat sie Vorzügliches erhalten und zwar Wildpret. Jetzt sei sie verlobt und werde nächstens 12 Männer heirathen. War gleich von Anfang an unruhig, stehlsüchtig, tobte bald Tag und Nachts, war ganz verworren und musste isolirt werden. Im October ruhiger, weniger Grössenideen; auch die somatischen Zeichen gehen zurück, wird heiter, ordentlich, fleissig, bleibt aber schwachsinnig, stehlsüchtig, leicht empfindlich, weint leicht, schreibt immer bessere Briefe. Den 8. Mai 1890 leichter apoplektischer Anfall, Schwindel, dicke Sprache, in beiden Händen leichte Spasmen. Nur 1 Tag zu Bett. Im Juli wird die Schrift zittriger; Pat. wird zänkisch, unzufrieden, lässt sich Alles aufbinden. Leichter apoplektischer Anfall am 1. Juli 1891; darnach

Digitized by Google

schwaches *Romberg*'sches Symptom, Pupillen reagiren. Den 25. October wieder leichter paralytischer Anfall.

In allen diesen 3 Fällen traten nun wiederholt Zustände plötzlichen Stupors mit gespannter Musculatur auf. Die Anfälle traten ausserhalb der paralytischen Insulte auf (ob nicht einige Male im Anschluss an jene ist mir nicht mehr erinnerlich). Die Kranke verstummte plötztich, der Kopf war meist leicht vornübergebeugt, das Gesicht blass, mehr blöde als ängstlich, die Augen weit aufgerissen, der Blick stier ins Leere gerichtet, keine Schnauzbildung, die Nase oft laufend, aber keine Salivation. Zu gleicher Zeit war der Nacken gespannt, ebenso der Rücken und die Extremitäten; die Arme hingen starr herab. Jeder passiven Bewegung ward Wiederstand geleistet, also keine Flexibilitas cerea. Wie eine Bildsäule standen oder sassen sie da, sie mussten gefüttert und zum Gehen gezwungen werden, dabei war der Gang steif und langsam. Jedes Verständniss schien zu fehlen, es war keine blosse Benommenheit, sondern wirklicher Stupor da, der aber meist nur wenige Stunden anhielt und mit der Muskelstarre plötzlich verschwand. Wahrscheinlich bestand hernach Amnesie, doch vermag ich hierüber nichts Sichres anzugeben — schon, weil die Kranken recht schwachsinnig waren — ebensowenig, ob ängstliche Affecte[1]) vorangingen, was bei dem Stimmungswechsel wohl möglich ist.

Wie schon die Krankengeschichten lehren, zeichnen sich sonst die Fälle durch nichts Besonderes aus, im Gegensatze zu den complicirt verlaufenden Fällen von *Knecht*. Bemerkenswerth ist es aber, dass 2 unsrer Kranken (die eine allerdings nicht absolut sicher!) Puellae publicae waren, die 3. wenigstens sexuelle Excesse beging, die 1. sicher luetisch war, die 2. wahrscheinlich, die 3. möglicherweise. Ob also vielleicht in dergleichen Fällen stupuröse Phasen mit Muskelspannungen häufiger, als sonst, vorkommen, muss weitern Beobachtungen vorbehalten bleiben.

Jedenfalls sehen wir diesen interessanten Symptomencomplex bei der weiblichen Paralyse vorkommen, was bisher nirgends beschrieben ist, soweit ich es weiss. Genau dieselben Zustände sah

[1]) *Jastrowitz* behauptete in der dem *Knecht*'schen Vortrage folgenden Discussion, dass nur ängstliche Affecte mit Katatoniezuständen einhergehen.

Digitized by Google

ich wiederholt bei Männern, mit Vorliebe nach paralytischen Anfällen, dagegen nie solche Bilder, wie sie *Knecht* beschrieben hat.

Bei Männern sind sie gleichfalls selten und wenig bekannt, nur in der 5. Krankengeschichte *Mendel*'s (siehe dessen Monographie) treffen wir Aehnliches, während *Kräpelin* bisweilen kataleptische Zustände mit ausgebildeter Flexibilitas cerea[1]) längere Zeit hindurch beobachtete, aber nicht mit der von uns beschriebenen Art von Muskelstarre. Wir sahen, wie gesagt, bei den Frauen nie Flexibilitas cerea, auch waren die Anfälle nur sehr kurz dauernd und meist ausserhalb der Anfälle stehend. Die Anfälle haben also andern Charakter.

Ob etwa der Stupor und die Spannungsneurose einen rudimentären paralytischen Anfall darstellt, ist schwer zu sagen, aber leicht möglich. Jedenfalls wird man an eine plötzlich eintretende vasomotorische Störung denken können, die auf der einen Seite Collaps der Rindenarterien (*Meynert*) und damit Stupor, auf der andern subcorticale Muskelreize setzt und durch diese *Meynert*'sche Hypothese sich der Symptomencomplex einigermaassen dem Verständnisse näher bringt.

---

[1]) Auch bei Frauen beobachtet?

Digitized by Google

Ein Fall von Aphasie bei Gehirnlues.

Von

Karl Heilbronner-München.

Trotz des häufigen Vorkommens von Sprachstörungen bietet sich doch verhältnissmässig selten die Gelegenheit, solche Störungen bei intelligenten und in ihrem Bewusstsein völlig intacten Patienten beobachten zu können. Ich will deshalb nicht unterlassen, einen in jüngster Zeit an der kgl.-medicinischen Poliklinik zu München zur Beobachtung gelangten Fall, der nicht nur die genannten Bedingungen erfüllte, sondern auch nach Aetiologie und nach der Art der Störung manches Interesse bot, hier mitzutheilen. Herrn Privatdocent Dr. *Moritz* sei an dieser Stelle der Dank für die Erlaubniss zur Veröffentlichung ausgesprochen.

N. N., 38 Jahre alt, weiblichen Geschlechtes, giebt an, dass sie im Alter von 16 Jahren sich eine luetische Infection zuzog; sie wurde damals, wie es scheint, einer zwar specifischen aber wenig energischen Behandlung unterworfen. Bald auftretende Recidive veranlassten sie, sich einer eingreifenderen Cur zu unterziehen; in der Folge scheint sie von weiteren Störungen frei geblieben zu sein; erst in den letzten Monaten war sie wiederholt genöthigt, wegen Kopf- und Knochenschmerzen die Hilfe der Poliklinik in Anspruch zu nehmen; Jodkali wirkte stets prompt; in den letzten Wochen vor Beginn ihrer Sprachstörung will sie, abgesehen von Kopfschmerzen, gesund gewesen sein. Am 29. Februar 1892, während sie bei Verwandten zu Besuche war, verlor nun Pat. plötzlich, ohne äusseren Anlass die Fähigkeit zu sprechen, Gehörtes zu verstehen und Geschriebenes zu lesen, obwohl sie — wie sie später angab — die Buchstaben sah. Auf eindringliches Befragen giebt sie jetzt, 4. März 1892, mit aller Bestimmtheit an, dass das Bewusstsein völlig ungestört geblieben sei (sie dachte sofort an einen Schlaganfall und fiel weinend einem der Angehörigen um den Hals), dass sie keinen Schwindel bemerkt und keine Lähmung

Digitized by Google

oder Schwäche irgend welcher Muskeln verspürt habe. Innerhalb 2 Tagen ging die Störung erheblich zurück, scheint aber dann in ziemlich unveränderter Weise in demselben Grade fortbestanden zu haben, in dem sie bei der ersten Untersuchung der Pat., die am 4. März vorgenommen wurde, zu beobachten war.

Status praesens vom 4. März 1892: Pat. bietet das typische Bild einer schweren Lues; der knöcherne Theil der Nase ist defect, von einer strahlig-glänzenden Narbe bedeckt, die sich in gleicher Weise nach beiden Seiten, namentlich nach dem rechten Arcus superciliaris fortsetzt; ähnliche Narben finden sich in geringerer Ausdehnung im ganzen Gesichte, eine weitere am Rücken ungefähr entsprechend der Mitte der rechten Scapula; es besteht starke Ozaena; die Uvula mit einem Theil der Gaumenbögen ist verloren gegangen; der Rest ist bedeckt mit Residuen abgelaufener Ulcerationen. Herz und Lungen bieten, abgesehen von einer alten linksseitigen Spitzendämpfung, normalen Befund. Puls und Respiration sind von mittlerer Frequenz. Die Facialisinnervation ist beiderseits gleich, Pupillen und Lidspalten ohne Differenz, die Pupillen reagiren; die Beweglichkeit der Bulbi ist nach allen Seiten erhalten; kein Nystagmus; die Zunge wird prompt nach vorne gestreckt und mit nur unerheblichem Tremor nach allen Seiten bewegt; der Schluckact ist nicht beeinträchtigt, der Patellarreflex erhalten, keine Lähmungen oder Paresen der Extremitäten.

Psychisch bietet Patientin ausser der begreiflichen Erregung über die plötzliche Erkrankung keine Abnormitäten; die intellectuellen Fähigkeiten sind nicht gestört, die Erinnerung auch für den Vorgang selbst vollständig erhalten, das Bewusstsein ungetrübt. Dagegen erscheint die Sprache hochgradig beeinträchtigt: Pat. spricht sehr langsam, deutlich skandirend; zwischen einzelnen vollständig normal gebildeten Sätzen finden sich zahlreiche unvollendete Sätze, bisweilen auch nur einzelne Worte (namentlich Substantiva). Am auffallendsten ist das häufige Fehlen der Verba, namentlich das Fehlen des an den Schluss des Satzes gehörigen Infinitivs oder Particips; sonst sind die Sätze, soweit dies überhaupt erkennbar ist, meist richtig construirt; aus der Construction allein ist häufig das intendirte Verbum zu entnehmen; die kleinen Redetheile werden mit richtigem Verständniss und an richtiger Stelle gebraucht, das Adjectiv gehörig seinem Namen vorangestellt; die Declination geschieht richtig; nicht selten sucht Pat. durch lebhafte Gesten das Fehlende zu ersetzen.

Eine eingehende Untersuchung des Sprachvermögens wurde am 6. März vorgenommen und zunächst der Eindruck gewonnen, dass die Störung seit dem 4. März vielleicht in geringem Grade zurückgegangen sei; immerhin war der Typus derselben noch der gleiche, wie bei der ersten Untersuchung. Das Resultat war folgendes:

1) Pat. sagt auf Geheiss geläufig das Alphabet her und spricht hierbei sämmtliche Vocale und Consonanten vollständig correct aus. Werden ihr die Vocale in verschiedenen Tonhöhen vorgesprochen, so vermag sie

Digitized by Google

auch die Tonhöhe correct nachzuahmen. Beim selbständigen Sprechen und ebenso beim Nachsprechen werden die einzelnen Worte, auch die schwieriger auszusprechenden, zwar langsam und mit deutlichem Scandiren aber vollständig correct ohne Auslassen oder Versetzen von Buchstaben ausgesprochen.

2) A. Die Benennung vorgehaltener Objecte, sowohl in natura als auch in Abbildungen geschieht ausnahmlos prompt und richtig; im weiteren Verlauf der Untersuchung beginnt Pat. spontan, um den Grad der ihr gebliebenen Fähigkeiten zu zeigen, auf eine Reihe im Zimmer befindlicher Gegenstände mit dem Finger zu deuten, und deren Namen auszusprechen. Bekannte Personen weis sie beim Namen zu nennen, und ebenso vermag sie die Strassen zu bezeichnen, welche sie auf ihrem Gange zur Poliklinik zu passiren hatte.

B. Umgekehrt vermag sie auch einen Gegenstand sofort zu finden, wenn ihr der Name desselben genannt wird.

C. Das Nachsprechen von Vorgesagtem geschieht, ohne dass Pat. den Mund des Sprechenden beobachtet, von den erwähnten Störungen abgesehen in gehöriger Weise.

D. Das Schreiben auf Dictat (Buchstaben des grossen und kleinen Alphabetes, Worte, ein- und mehrstellige Zahlen) geschieht gewandt, mit sicherer Schrift, ohne Auslassen oder Versetzen von Buchstaben.

E. Legt man ihr eine Reihe von geschriebenen Objectnamen vor, und dann eines der benannten Objecte, so kann sie ohne Schwierigkeit den Namen herausfinden, welcher das vorgelegte Object bezeichnet.

F. Ebenso kann sie aus den im Zimmer befindlichen Gegenständen den richtigen herausfinden, wenn man ihr den Namen eines Gegenstandes niederschreibt.

G. Das Lesen von Gedrucktem und Geschriebenem geschieht ungestört, mit der schon bei C gegebenen Einschränkung.

H. Das Abschreiben von Gedrucktem und Geschriebenem geht ohne Schwierigkeit vor sich.

I. Die Namen vorgezeigter Gegenstände können ohne besondere Kunstgriffe zu Papier gebracht werden.

K. Die Fähigkeit, ihre Gedanken schriftlich zum Ausdruck zu bringen, ist soweit erhalten, dass sich Pat. auf diesem Wege allein ihrer Umgebung verständlich machen könnte.

Ueber die Einzelheiten der oben erwähnten und im allgemeinen geschilderten Beeinträchtigung der Sprache geben die folgenden Versuche Aufschluss.

1) A. Ich greife in die Tasche, entnehme derselben ein Messer, spitze meinen Bleistift, und frage Pat.: „Was thue ich?“ Antwort: „Seitentasche — Messer — Bleistift“, weder das Verbum „greifen“ noch die Verba „nehmen“ und „spitzen“ vermag Pat. zu finden, obgleich sie offenbar für den Vorgang volles Verständniss hat und sich bemüht, den ihr fehlenden

Digitized by Google

Ausdruck zu produciren; ich zünde einen im Zimmer befindlichen Bunsen'schen Brenner an; auf die gleiche Frage antwortet sie „Gas" und vermag nicht das Wort „anzünden" zu finden.

Ich zeige Pat. die Abbildung eines Mannes, der singend und Guitarre spielend ein Ständchen bringt, mit der Frage, was der Mann thue; es steht ihr kein passendes Verbum zur Bezeichnung seiner Thätigkeit zu Gebote, und sie vermag nur anzugeben, dass er stehe; die Worte „singen", „spielen" fallen ihr nicht ein; in ähnlicher Weise erklärt sie bei dem Bilde eines Pfeife rauchenden Mannes: „er sitzt", da ihr das Verbum „rauchen" nicht zu Gebote steht.

B. Ich zeige ein Adressbuch mit der Frage, wozu es diene; Antwort: „Adressbuch — Auskunft", nach längerem Besinnen mit grosser Freude: „dass man einen aufsuchen kann". Beim Vorzeigen eines Hutes vermag sie die Frage nach seiner Bestimmung nicht zu beantworten. Frage: „Wozu gehört der Hut?" Antwort: „Kopfbedeckung". Beim Vorzeigen eines Stethoskopes antwortet sie prompt: „zum Untersuchen": möglicherweise, weil sie dieses Wort kurz zuvor mehrmals gehört hatte.

Auf die Frage: „Wozu gehört der Kochlöffel?" macht Pat. energische Rührbewegungen, ohne das Wort „rühren" zu finden.

Beim Vorzeigen eines Schlüssels und einer Zündholzschachtel sagt sie einfach „Schlüssel" resp. „Zündhölzl"; bei der Frage nach dem Zweck der Uhr bleibt sie stumm.

Dass Pat. verstanden hat, wie sie antworten soll, ergiebt sich aus der sichtlichen Genugthuung, die sie äussert, wenn ihr das passende Verbum — bisweilen nach längerem Nachdenken einfällt, oder wenn ich es ihr, nachdem sie sich vergeblich gemüht, nenne. Die Nennung der ersten Buchstaben des gesuchten Wortes ist auf die Reproduction ohne Einfluss; hingegen erkennt sie das richtige Verbum stets prompt, auch aus einer Reihe von anderen vorgesprochenen Verbis heraus.

C. Ich nenne Pat. einzelne Substantiva mit dem Auftrage, einfache Sätze damit zu bilden z. B. Locomotive, Conducteur, Feuer; sie leistet folgendes: „die Locomotive — fährt"; „der Conducteur — Billete"; „das Feuer — warm".

Vollständig unfähig ist sie, Thierlaute mit dem entsprechenden Verbum zu bezeichnen, sei es nun, dass das Praesens oder Part.-Perfect. verlangt sind; z. B. bleibt sie bei der Frage, was der Hahn, das Pferd thue die Antwort schuldig; bei der Frage, was der Hund gethan habe, weiss sie sich ebenfalls nicht zu helfen; sobald ihr aber das Wort „bellen" zur Verfügung gestellt wird, bildet sie richtig das Particip in dem Satze: „Der Hund hat gebellt". Aufgefordert aus „Briefträger" und „Brief" einen Satz zu bilden sagt sie: „Der Briefträger hat einen Brief ge—".

Pat. ist also in vielen Fällen unfähig, einzelne Bewegungen, einfachere und complicirtere Handlungen, die ihr in Wirklichkeit oder bildlich vor Augen geführt werden, den Zweck bekannter Instrumente und Utensilien,

Digitized by Google

die Thätigkeit bekannter Subjecte, die Laute bekannter Thiere mit einem Verbum zu bezeichnen. In sehr vielen Fällen versteht sie, durch ein Substantiv einen Ersatz zu finden, in anderen helfen mimische Bewegungen, bei einer dritten Gruppe (wie beim Vorzeigen der Abbildungen) giebt sie eine gewissermaassen ausweichende Antwort, endlich bleibt sie bisweilen die Antwort ganz schuldig.

II. Umgekehrt bereitet es Pat. keine Schwierigkeit, zu einem Verbum, welches eine Bewegung oder Handlung, den Zweck eines Instrumentes, die Thätigkeit eines Subjects, den Laut eines Thieres bezeichnet, das betreffende Substantiv zu finden. Z. B. Frage: „Wer kräht?" Antwort: „Hahn". Frage: „Womit schreibt man?" Antwort: „Feder".

Ebenso vermag sie Bewegungen und einfache Handlungen auszuführen,

welche ein beliebiges Verbum ausdrückt,

welche man ihr vormacht oder bildlich zeigt;

ja sie ist sogar im Stande, bei Nennung eines Subjectes die Thätigkeit desselben nachzuahmen; beispielsweise macht sie Rührbewegungen auf die Frage, wie der Koch hantire.

III. Verba, die Pat. beim Sprechen fehlen, vermag sie auch nicht spontan niederzuschreiben; einen Versuch, die ihr entfallenen Verba schreibend zu finden, machte Pat. nie, obwohl ihr während der Untersuchung stets Schreibmaterial zur Verfügung stand. Im Gegentheile, wenn ich sie im Laufe der eben geschilderten Untersuchung aufforderte, die Antwort schriftlich zu geben, so schrieb sie stets nur das nieder, was sie vorher ausgesprochen hatte, während ihr, wie oben erwähnt, das Schreiben der Namen von Gegenständen ohne Kunstgriffe gelang. Demnach ist das, was sie schreibt ein ziemlich deutliches Bild ihrer Sprache mit der begreiflichen Einschränkung, dass der — verhältnissmässig geringe — Defect in der Schrift weniger zu Tage tritt, da es Pat. freisteht, Gedanken, die sie nicht wohl ausdrücken kann, überhaupt auszulassen, und da sie überdies durch längeres Nachdenken sicher Worte findet, die ihr im rascher ablaufenden mündlichen Verkehr fehlen. Immerhin bietet eine Aufzeichnung über ihren gegenwärtigen Zustand und den Beginn ihrer Erkrankung, die sie auf meinen Wunsch am 5. März selbständig und, wie sie mir nachher sagte, mit grosser Mühe zu Hause fertigte, noch so viel Characteristisches, dass ich sie hier wörtlich folgen lasse. Besonders tritt der Defect im zweiten Theil der Schriftprobe hervor, wo offenbar die zunehmende Ermüdung ihren Einfluss geltend machte:

„Drei Löffel Medicin, gut geschlafen, guten Appetit, starkes Kopfweh, noch keine Besserung, mit 16 Jahre bekam ich Drüsen, behandelt Quecksilber, in 2 Tagen war die Drüsen weg, bekamm Ausschlag, wurde falsch kurirt, habe 4 Monat gehört Knochenanschwellung und Nervenschwäche, Blutandrang zum Kopf, wurde in Zürich 4 Wochen im Spital, und bin gesund, wenigsten 6 Jahre gesund."

Der weitere Verlauf rechtfertigte die schon bei der ersten Untersuchung

Digitized by Google

gestellte, günstige Prognose. Bereits am 7. März ist eine erhebliche Besserung zu verzeichnen; die ängstliche Erregung hat einer hoffnungsfreudigen, dankbaren Stimmung Platz gemacht. Patientin giebt spontan an, dass sie ganze Sätze bilden und alles ausdrücken könne. Objectiv ergiebt sich vor allem eine wesentliche Besserung der Articulation; Pat. liest zwar noch langsam, aber fliessend, nicht mehr scandirend, mit gehöriger Betonung und mit Verständniss. Auch die Diction hat entschiedene Fortschritte gemacht; die Zahl der vollständigen Sätze hat sich vermehrt; Verba, die sie vorher nicht wusste, die ihr aber gesagt worden waren, hat sie behalten und wiederholt zum Beweise dessen spontan eine Reihe der früheren Beispiele. Immerhin ergiebt eine Wiederholung der Untersuchung wie am Vortage noch einen wesentlichen Mangel an Zeitwörtern in ihrem Wortschatz. So antwortet Pat. auf die Frage: „Was thut man im Winter, wenn es kalt ist?“ „Warme Kleider, Ofen, Feuer“; nach einigem Besinnen folgt: „Einheizen“. Neben diesem Defect — den Pat. selbst als solchen erkannt hat — klagt sie noch, dass ihr das Verwenden des Artikels Schwierigkeiten mache; bei einem diesbezüglichen Versuche findet sie aber prompt zu jedem ihr genannten Substantiv den zugehörigen Artikel. Auf meinen Wunsch schreibt sie in meinem Beisein, mit ziemlicher Leichtigkeit einen Brief. Auch hier zeigt sich die Besserung. Während sie z. B. zwei Tage vorher nur schrieb: „3 Löffel Medicin“ schreibt sie heute richtig: „die Hälfte der Medicin genommen“. Zum Schluss fügt sie spontan das Verschen bei: „Wo Glaube, da Liebe u. s. w.“, fehlerfrei geschrieben; vielleicht ist es kein Zufall, dass sie gerade ein Gedicht ohne Verba gewählt hat.

Am 8. März ist weder in Sprache noch Schrift irgend eine Abnormität nachweisbar; nur ein nicht hochgradiger Kopfschmerz ist zurückgeblieben; von einer Verschlimmerung wurde bis zum 21. April nichts bekannt.

Als Resultat der bisherigen Darstellung ergab sich, dass aus dem Sprachschatz der Patientin eine grosse Reihe von Verben ausgefallen ist; es fragt sich nun, ob dieser Ausfall ganz regellos, in ganz zufälliger Ausdehnung geschah, oder ob dabei gewisse Regeln walten, d. h. ob die ausgefallenen Verba etwas gemeinsam characteristisches haben, was sie von den erhalten gebliebenen unterscheidet. Eine Zusammenstellung des mitgetheilten Materials, sowie die Berücksichtigung weiterer Beobachtungen, die aus der Untersuchung geschöpft, aber hier nicht mit erwähnt wurden, ergiebt nun, dass für den Ausfall der Verba dass von *Kussmaul*[1]) aufgestellte, von *Wundt*[2]) durch eine geistvolle Theorie erläuterte Gesetz Geltung

[1]) *Kussmaul*, Störungen der Sprache. *Ziemssen*'s Handbuch Bd. XII, Anhang S. 164.

[2]) *Wundt*, Grundzüge der physiolog. Psychologie. III. Aufl. Bd. I, S. 241.

Digitized by Google

hat, wonach „diejenigen Worte am leichtesten dem Gedächtniss entschwinden, die im Bewusstsein stets mit concreten sinnlichen Vorstellungen verbunden sind".

Zu denjenigen Verben, mit denen am deutlichsten und regelmässigsten eine concrete sinnliche Vorstellung verbunden ist, gehören diejenigen, welche die Laute der Tiere, die Thätigkeit bestimmter Berufsklassen, die gewissen Kräften zukommende Wirkung bezeichnen. Thatsächlich haben wir gefunden, dass derartige Verba der Pat. fast ausnahmslos fehlen.

Andrerseits haben wir eine Reihe Verba, bei denen von dem Erwecken einer concreten Vorstellung kaum mehr die Rede sein kann: dies sind die Hilfsverba im weitesten Sinne (sein, haben, dürfen, sollen etc.). Dieselben stehen entsprechend diesem Gesetze der Pat. unbeschränkt zur Verfügung und sie gebraucht sie in reichlichem Maasse.

Zwischen beiden Gruppen steht nun eine dritte Reihe von Zeitwörtern, von denen sich schwer sagen lässt, wie weit sich mit ihnen eine concrete sinnliche Vorstellung verbindet, namentlich die grosse Reihe der transitiven Verba, welche die Hinzufügung eines Objectes verlangen; dem entsprechend tritt auch bei diesen das Gesetz am wenigsten deutlich zu Tage.

Wenn Pat. ausnahmsweise bisweilen Verba zu Gebote stehen, von denen man annehmen sollte, dass sie nach dem erwähnten Gesetze fehlten, so mag dies abgesehen von rein äusserlichen Gründen daran liegen, dass die Störung erst nach mehrtägigem Bestande zur Beobachtung kam, dass also nicht mehr das ursprüngliche reine Bild vorlag. Hingegen wäre es sicher unrichtig, anzunehmen, dass Pat. einfach diejenigen Verba gewusst hätte, die sie seit dem Eintritt der Störung gehört hatte; die Wiederherstellung des Verlorenen erfolgte so rasch, dass an ein Neuerlernen innerhalb dieser kurzen Zeit nicht zu denken ist. Ueberraschend ist es jedenfalls, dass entgegen dem *Kussmaul*'schen Satze alle Substantiva erhalten sind, hingegen ein Theil der Verba fehlt[1]), während die Auswahl der fehlenden Verba in Einklang mit diesem Satze steht.

---

[1]) Ueber das psychologische Verhältniss von Substantiv und Verbum. *S. Wundt* a. a. O. S. 240.

Digitized by Google

Nicht ohne Interesse ist es nun zu bobachten, wie der gefundene, eng umgrenzte Defect auf die ganze Sprache der Patientin eingewirkt hat, und welche Versuche sie macht, die Wirkung desselben zu corrigiren. Sie bildet:

1. Sätze, für welche ihr ein Verbum zu Gebote steht; diese erscheinen — abgesehen von der Beeinträchtigung der Aussprache — vollständig normal, da kein pathologisches Moment in ihre Bildung mit eingeht.

2. Sätze, für die der Pat. zwar kein sinngemässes Verbum zu Gebote steht, für die sie aber wenigstens ein grammatikalisches Prädicat schafft, indem sie dieselben in die passive Form bringt, oder sie mit einem Hülfsverbum einleitet; so gelingt es ihr, die sämmtlichen Redetheile an gehöriger Stelle verständlich zu ordnen, nur das an den Schluss gehörige Haupt-Verbum fehlt, und so ergeben sich jene zahlreichen oben erwähnten Sätze, die vollständig richtig gebildet sind bis auf das Fehlen des Infinitivs resp. Particips am Ende des Satzes; dass übrigens die Umbildung nicht immer glatt vor sich geht und daher auch hier noch manche Unebenheit vorkommt, ist leicht erklärlich; im Allgemeinen, glaube ich, ist mit der Annahme einer derartigen Operation nicht mehr von der Pat. verlangt, als man bei ihrem Intelligenzgrade zu erwarten berechtigt ist; überdies ist sie sich dabei einer gewissen Anstrengung selbst bewusst und klagt, dass „sie von der Anstrengung Kopfweh bekomme".

3. In einer dritten Gruppe versagt aber auch dieses Auskunftsmittel. Pat. ist genöthigt, ihre Gedanken ohne Verba auszudrücken; es fehlt also der für den grammatikalischen Satzbau unentbehrlichste Theil, das Prädicat; deshalb kommt es nur zum zusammenhangslosen, mehr oder weniger unverständlichen Aneinandereihen von einzelnen Worten und Wortgefügen (Adjectiv und Nomen, Präpositionen und Nomen etc.); wer selbst den Versuch macht, nur wenige einfache Gedanken ohne Zuhülfenahme irgend eines Verbums auszudrücken, wird die Klage der Pat. verstehen, „dass sie alles im Kopfe habe, es aber nicht zusammenstellen könne". Uebrigens sei hier nochmal betont, dass sich die Störung auf den formalen Gang der Rede beschränkt, während die Bewegung der Gedanken selbst nicht beeinträchtigt erscheint [1]).

[1]) Ueber den Zusammenhang zwischen beiden Störungen siehe *Kussmaul* a. a. O. S. 170 ff.

Digitized by Google

Ehe ich nun versuche, die möglichen Erklärungen der Störung zu besprechen, sei hier die einschlägige Literatur erwähnt. Die Zahl der Fälle, in denen sich thatsächlich ein Ausfall bestimmter Wortgruppen aus dem Sprachschatze nachweisen liess, ist nicht gross. Aus der älteren Literatur stehen mir 3 bei *Kussmaul* erwähnte Fälle zu Gebote.

Nach einer Beobachtung von *Piorry*[1]) fand ein alter Priester nach einem Schlaganfall die Hauptwörter nicht mehr: „Voulait-il demander son chapeau, il se servait de verbes, de pronoms, d'adjectifs pour rendre son idée: „Donnez-moi mon . . ., ce qui se met sur la . . .", mais le mot „tête" ne lui venait pas."

Bergmann[2]) beobachtete einen Knecht, der nach einer schweren Kopfverletzung mit 4 wöchentlicher Unbesinnlichkeit sein Sach- und Ortsgedächtniss wieder gewonnen hatte, während das Namengedächtniss fehlte. Nur Nennwörter fand er in seinem Wortregister nicht mehr, während ihm die Zeitwörter zur Verfügung standen.

Kussmaul[3]) selbst behandelte einen Apoplectiker, der anfangs in ziemlich gut fliessenden Sätzen sprach. „Bald aber blieb er in jedem begonnenen Satze stecken, sobald er an ein Hauptwort kam, oder brachte dafür ein falsches. Half man ihm nach, so führte er den Satz glücklich durch, wenn er nicht am Schlusse auf ein Zeitwort stiess, das er gewöhnlich mit einem unpassenden vertauschte; es machte oft den Eindruck, als wenn ihm das Zeitwort nur deshalb nicht einfalle, weil ihm der erste Theil des Satzes aus dem Gedächtniss entschwunden sei."

Aus der Literatur der letzten zehn Jahre stehen mir folgende Fälle zur Verfügung:

Charcot[4]) stellte einen Apoplectiker vor mit bilateraler rechtsseitiger Hemianopsie und Gedächtnissdefecten, Verlust einer Anzahl von Substantiven (besonders von Eigennamen: Personen, Strassen); daneben bestand absolute Unfähigkeit, mit Hülfe des Gesichtssinnes zu lesen, während er spontan schreiben und „schreibend lesen" konnte.

---

[1]) Bull. de l'acad. de méd. 1864—65. T. XXX S. 793.
[2]) Allg. Zeitschr. f. Psych. 1869. Bd. VI S. 547.
[3]) a. a. O. S. 168.
[4]) Leçon rec. p. Féré. Progr. medic. 1883. No. 23, 24, 25.

Digitized by Google

Hughes Bennett[1]) erwähnt einen 70jährigen Kranken, der die meisten Wörter, namentlich die Substantiva und Adjectiva vergessen hatte; wenn er die Bezeichnung hörte oder las, so verstand er sie vollkommen, aber in der Unterhaltung und beim Niederschreiben fehlten die entsprechenden Laute und Zeichen „er glich jemand, der früher eine fremde Sprache trieb, nunmehr aber grösstentheils vergessen hat".

Freund[2]) beschreibt einen Epileptiker, bei dem nach erheblichen Störungen der Sprache Besserung eintrat; sein Schatz an richtigen Worten wurde grösser, doch lernte er eigentlich nur Füllwörter, keine Hauptwörter.

Cramer[3]) fand bei einem Kranken, dessen Autopsie Atrophie und cystische Degeneration der linken oberen Schläfenwindung ergab, Verarmung des Wortschatzes an Hauptworten und Eigennamen beim spontanen Sprechen und Unfähigkeit, vorgehaltene Gegenstände zu benennen bei erhaltenem Verständniss für ihren Gebrauch, was er durch Umschreibungen kund gab; er konnte die Bezeichnung von Gegenständen, die er nicht nennen konnte, auch nicht schreiben.

Endlich demonstrirte *Bruns*[4]) einen Apoplectiker, der mit reichlichem, ja fast unbegrenztem Wortschatz sprach, dem aber alle Substantiva mit ganz vereinzelten Ausnahmen fehlten. So sprach er eigentlich nur in unvollendeten Sätzen oder kurzen Gemeinplätzen; wenn er an die Hauptwörter kam, stockte er oder brach dann meist mit einem Fluche ab; Pat. gebrauchte alle Gegenstände richtig, doch fand er die Namen vorgehaltener Gegenstände nicht, auch nicht mit Hülfe anderer Sinne, z. B. des Tastsinnes, im Gegensatz zur uncomplicirten optischen Aphasie.

In all' diesen Fällen sind entsprechend dem *Kussmaul*'schen Gesetze entweder nur die Substantiva oder bei ausgebreiteterer Störung diese wenigstens in erster Linie von dem Ausfall betroffen, während in keinem einzigen Fall ein ausschliessliches, und nur in einem einzigen, dem von *Kussmaul* beobachteten, ein auffallend

---

[1]) The Brit. med. Journ. 1888. S. 339.
[2]) Archiv f. Psych. Bd. XX Heft 1 u. 2.
[3]) Archiv f. Psych. Bd. XXII S. 141.
[4]) Referat: Neurolog. Centralbl. 1891. S. 347.

Digitized by Google

häufiges Ausfallen der Verba constatirt wurde; es soll deshalb auf eine Besprechung der — zum Theil sehr interessanten — Einzelheiten der übrigen Fälle sowie der dafür gegebenen Erklärungen verzichtet und nur die Frage erörtert werden, ob die Erklärung, die *Kussmaul* für das Ausfallen der Verba anzunehmen geneigt ist, auch für den vorliegenden Fall Geltung hat; da auch hier, wie in dem *Kussmaul*'schen, namentlich häufig das an den Schluss des Satzes gehörige Verbum fehlt, so wäre es naheliegend, auch hier anzunehmen, dass die Kranke in Folge von Gedächtnissschwäche am Ende des Satzes den Anfang vergessen hätte. Diese Erklärung ist aber im vorliegenden Falle sicher auszuschliessen, da Pat. den Mangel empfindet, sogar schmerzlich empfindet, da sie mit lebhaften und stets richtigen Gesten das fehlende Wort zu ersetzen sucht, da sie bisweilen noch nach langem Mühen das gesuchte Wort zu Tage fördert, da endlich keinerlei sonstige Symptome von Gedächtnisstörungen bestehen. Warum das Fehlen der Verba gerade am häufigsten am Schlusse des Satzes zu Tage tritt, ist übrigens bereits oben erklärt worden.

Eine zweite Annahme zur Erklärung der Störung wäre, dass Pat. die gehörige Form des Zeitwortes nicht zu bilden vermöchte und sie deshalb einfach wegliesse, dass sie also unfähig wäre, zu conjugiren; auch das ist auszuschliessen. Vor allem wäre ein Beschränktbleiben der Störung der grammatikalischen Bildung blos auf Verba in hohem Grade auffallend, es müsste wohl auch die Declination beeinträchtigt sein, was, wie erwähnt, nicht der Fall ist; die angenommene Störung würde auch nicht zum Auslassen des Verbums, sondern zu einer ganz andern Erscheinung, zum Gebrauch des Infinitiv.-narrativ. führen, der bei Kindern und bei tiefer stehenden, aber noch halb sprachfähig gewordenen Idioten so häufig vorkommt. Gegen die gemachte Annahme spricht endlich, und dies ist entscheidend, dass von denjenigen Verben, die sie überhaupt gebraucht, keines falsch conjugirt ist, dass sie insbesondere nie, wie es bei derartigen Kranken so häufig ist, „starke" Verba nach der schwachen Flexion conjugirt[1]), dass sie endlich die verlangten Formen ihr genannter Verba stets richtig angiebt.

[1]) *Kussmaul* a. a. O. S. 198.

Digitized by Google

Man könnte nun noch daran denken, die anscheinend willkürliche Ordnung der Worte in einem grossen Theile der Rede als eine primäre Störung zu erklären und das Fehlen des Verbums als eine nebensächliche, aus dieser Unordnung sich ergebende, Folge zu bezeichnen. Solche Störungen [Akataphasie, *Kussmaul*[1])] kommen zwar vor, aber abgesehen davon, dass dann das Vorkommen vollständig wohlgefügter Sätze räthselhaft bliebe, scheint für die genannte Erscheinung doch eine schwere intellectuelle Schädigung unbedingte Voraussetzung; um sie in unserem Falle, wo diese kaum nachzuweisen ist, anzunehmen, müsste man ad hoc ein — nunmehr functionsunfähiges — Centrum für die syntactische Gliederung construiren, und diese Vermehrung der Centren für die Sprachfunction einem einzigen Falle zu Liebe soll doch wohl vermieden werden.

Ich fühle mich unfähig, eine genügende, dem heutigen Stande des Wissens über die Sprachfunction entsprechende Erklärung zu geben und verzichte darauf, die Zahl ungenügender Hypothesen um eine neue zu vermehren.

So muss auch die Antwort auf die Frage nach der anatomischen Ursache der Störung sehr dürftig ausfallen. Sicher erscheint nur, dass wir es mit einer luetischen Erkrankung des Gehirns zu thun haben; dafür spricht, dass sie auftrat, bald nachdem sich das erneute Aufflackern des lange schlummernden luetischen Processes auch durch andere Symptome (Kopf- und Kopfschmerzen) documentirt hatte; aphasische Störungen, scandirende oder wenigstens bradyphasische Sprachstörungen sind nicht seltene Erscheinungen der Gehirnlues[2]), ja die Partialität des Defectes, wie die Flüchtigkeit der Symptome sind geradezu pathognomonisch für diese Erkrankung[3]). Die Frage, welcher der bei Lues cerebralis vorkommenden, sattsam bekannten Processe[4]) im vorliegenden Falle wirksam war, lässt sich dagegen ebensowenig beantworten, wie die, in welcher Weise derselbe allenfalls localisirt war.

---

[1]) a. a. O. S. 199.

[2]) S. *v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch der Psychiatrie. 1888. S. 682.

[3]) *Schüle*, Handbuch der Geisteskrankheiten. *Ziemssen*'s Handbuch, Bd. XVI, 1. Aufl. S. 590.

[4]) *Schüle*, a. a. O. S. 594.

Digitized by Google

Abgesehen von allem theoretischem Interesse dürfte unserem Falle aber auch eine gewisse praktische Bedeutung nicht abzusprechen sein; er muss eine erneute Mahnung sein, in allen Fällen von derartigen acuten und gewissermaassen paradoxen cerebralen Störungen, auch wenn die Beziehung nicht wie hier klar zu Tage tritt, an eine beginnende Hirnlues zu denken und, wo sich nur die geringsten Anhaltspunkte zur Begründung der Annahme bieten, sofort eine energische antiluetische Cur einzuleiten, um die Kranken vor schwereren späteren Erkrankungen zeitig zu bewahren. —

Digitized by Google

Untersuchungen über den Hypnotismus.

Zugleich ein klinischer Beitrag.

Von

Dr. **Otto Hebold,**
Oberarzt der Land-Irrenanstalt zu Sorau.

(Hierzu 6 Abbildungen.)

Vorbemerkung.

Indem ich die nachfolgenden Untersuchungen der Oeffentlichkeit übergebe, trage ich mich mit dem Gedanken, dass trotz der Fülle von Stoff, welcher schon über denselben Gegenstand zusammengetragen worden ist, jeder Beitrag wie der vorliegende seinen unbestreitbaren Werth haben dürfte.

Die Untersuchungen sind von mir allein an einer Kranken, welche sich von vornherein für den Hypnotismus sehr empfänglich zeigte, nur im Beisein einer Wärterin angestellt worden. Erst die Ergebnisse wurden hin und wieder einem grösseren Kreise dargelegt. Dadurch, dass man als einziger Untersuchender sich mit dem Gegenstande beschäftigt, ist es leichter, jede unwillkürliche und unbeabsichtigte Suggestion auszuschliessen; dies ist nicht nur von Werth bei den Versuchen über die Gedankenübertragung und Fernwirkung von Arzneimitteln, sondern bei jedem erstmaligen Versuche, da durch diesen die Versuchsperson nach einer bestimmten Richtung hin beeinflusst wird, indem sie es sich aneignet, gewissen Maassnahmen ganz bestimmte Absichten des Untersuchenden unterzulegen. Dadurch, dass man diesem Punkte nicht immer Rechnung getragen hat, dürften sich manche ganz entgegengesetzte Beobachtungsergebnisse erklären.

Ich berichte im Folgenden zwar nur über einen Krankheitsfall,

Digitized by Google

bei dem ich von therapeutischen Erwägungen ausgehend, die hypnotische Behandlung in Anwendung zog, doch geht die Abhandlung meines Erachtens über den Rahmen einer casuistischen Mittheilung hinaus. Denn, wenn auch die Behandlung mit der Hypnose in den Vordergrund trat, so ergab sich gleichsam von selbst, durch geeignet angestellte Beobachtungen sich mit der Wesenheit des Hypnotismus genauer bekannt zu machen, und ich habe es nur vorgezogen, die Ergebnisse so wiederzugeben, wie sie zeitlich nach und nach gewonnen wurden, als sie herauszuschälen und übersichtlich zusammen zu stellen, weil mir daran liegt, Jedem ein eigenes selbständiges Urtheil über das Beobachtete zu gestatten. Daher gebe ich das Tagebuch auch möglichst ausführlich und eingehend.

Herrn Director Dr. *Schmidt*, welcher mir die Behandlung der Kranken gütigst überliess und mir dadurch Gelegenheit zu den nachstehenden Beobachtungen gab, sage ich hierfür auch an dieser Stelle meinen besten Dank.

Die Kranke, eine geschiedene Beamtenfrau, welche am 19. Juli 1865 geboren und evangelisch ist, wurde der Sorauer Land-Irrenanstalt am 8. April 1891 auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses zugeführt. Die folgenden Angaben über das Vorleben sind diesem entnommen, indessen durch ihre eigenen Mittheilungen, sowie durch solche Seitens der Angehörigen und durch die in den Ehescheidungsakten niedergelegten Ermittelungen nicht unwesentlich ergänzt. Ihre Grossmutter mütterlicherseits und die Schwester der Mutter waren geisteskrank, die Grossmutter litt an Alterschwachsinn, die Tante war mit 30 Jahren verstimmt. Sie selbst war seit ihrem 15. Jahre mit Ausnahme von einem Mal, wo die Periode zu spät kam, regelmässig menstruirt und litt einmal an Blinddarmentzündung (?); sonst war ihre Entwicklung ohne Störung vor sich gegangen. Sie heirathete am 11. Januar 1889, war schon vorher geschwängert, gebar unter Kunsthülfe ein Mädchen im Mai 1889, welches bald verstarb. Während ihr geschiedener Mann nun angibt (was nicht ganz zuverlässig erscheint), dass sie, wenn sie sich heftig erregt oder erschrocken hatte, wohl einmal vorübergehende Ohnmachtsanfälle hatte, jedoch sonstige geistige Störungen an ihr nicht wahrzunehmen waren, und sich dahin ausspricht, dass sie über einen recht regen Geist verfügte, welcher ungeheuer ansprach und zu einem glücklicheren Leben mit ihr berechtigt hätte, behauptet der Hausarzt der Eltern, — deren Angaben folgend —, sie sei bald nach der Hochzeit geistig erkrankt, sei verstimmt gewesen, habe verkehrte Antworten gegeben und nach wenigen Stunden nicht mehr gewusst, was sie angegeben hatte. Bei der Stellung des Ehescheidungsantrages gab der Mann an, dass

Digitized by Google

schon bald nach Eingehung der Ehe Missheiligkeiten eingetreten seien, die in dem lügenhaften, unehrlichen, unordentlichen und verschwenderischen Verhalten der Kranken ihren Grund hatten; er beschuldigt sie der Unterschlagung, Wechselfälschung, des Schuldenmachens und der ehelichen Untreue. Ueber letztere wurden Zeugen gehört, die den Verdacht fast zur Gewissheit machten. Es wurde nämlich festgestellt, dass die Frau, welche übrigens festgestelltermaassen von ihrem Manne oft und grausam misshandelt wurde, nachdem sie schliesslich von ihm aus der Wohnung gewiesen war, sich herumtrieb, mit fremden Männern einen Ball besuchte, sich Stelldichein gab, umarmen und küssen liess. Sie war Ostern 1890 nach Streitigkeiten mit ihrem Mann nach B. gereist. Hier holten sie ihre Mutter und der Ehemann ab. Aber da das Ehepaar sich in Berlin schon wieder zankte, reiste die Mutter mit der Tochter allein nach deren Wohnsitz und der Mann kam nach. Nachdem die Mutter dann abgereist war, wies der Mann die Frau aus der Wohnung, und sie miethete sich in verschiedenen Stellen ein, irrte in den Nachbarstädten umher, von wo sie an die Eltern um Geld telegraphirte und schliesslich nach dem Wohnorte der Eltern vom Bruder geholt wurde. Bemerkenswerth ist die Angabe der Mutter, dass sie in einem Orte, wohin sie in Begleitung eines Töchterchens ihrer Hauswirthe gereist war, einem wildfremden Mann um den Hals fiel und ihn ihren Mann nannte. Im November reiste sie zu dem Ehescheidungstermin, kam aber zu spät an. Dann reiste sie nach B., lebte in Hotels, bezahlte nirgends, nannte sich bald eine Rittergutsbesitzerin, bald eine Gräfin; miethete eine grosse Wohnung und machte grosse Einkäufe. Sie wurde von ihrer Schwester heimgeholt. Jetzt wurde ihre geistige Erkrankung völlig offenbar. Sie lief ihrem Vater fort, miethete sich in einem Gasthofe ein, wo sie angab, sie komme von Fr. und reise nach G. zum Begräbniss. Sie kaufte viele Ringe, versteckte Vielerlei, bestellte Kuchen zur angeblichen Verlobung der Schwester, kaufte Trauersachen, legte sich falsche Namen bei, nahm fortwährend an, dass einer der Angehörigen gestorben sei und äusserte, sie möchte sich gern aus der Welt schaffen. Sie war sehr schlafsüchtig, fühlte sich aber durch den Schlaf nicht gestärkt, wurde apathisch und vergass bald, was sie gethan hatte.

Bei einer Unterredung kurz nach ihrer Aufnahme in die Anstalt erklärte sie sich dahin, dass sie nach der Geburt ihres Töchterchens schwach von Gedanken geworden sei und viel an Kopfschmerzen gelitten habe. Sie konnte trotz längeren Nachdenkens nicht angeben, seit wann sie verheirathet sei und meinte, sie könne ja ihren Mann einmal danach fragen. Ihr Mann wohne noch hinter Berlin. Auf den Namen des Wohnorts kam sie erst, als er ihr genannt wurde. Ihren Geburtsort gab sie richtig an. Sie entsann sich, dass ihr Kind im Mai geboren ist, konnte aber keine näheren Angaben machen. Sie sagte ferner aus, sie sei dann mit ihrem Mann ins Bad gereist nach D., habe aber dort nicht bleiben können, da sie immer kränker geworden sei; sie sei in Berlin operirt worden; wann

Digitized by Google

und wo, wusste sie aber nicht, ebenso wenig von der Operation. Mit ihrem Mann will sie sich immer vertragen haben, derselbe habe sie aber oft geschlagen, sie wisse nicht warum. Derselbe sei geizig. Sie nehme ihm aber Nichts übel. Die meiste Schuld habe wohl die Schwiegermutter gehabt, die immer zum Besuch dagewesen sei. Sie habe zu wenig Wirthschaftsgeld bekommen und ihr Mann habe nie etwas angeschafft. Zuletzt habe sie derselbe nicht mehr in die Wohnung gelassen und die Schwiegermutter habe gesagt, es sei ihr Tod, wenn er sie wieder hereinlasse. Der Mann habe sie auch in der Stadt schlecht gemacht und habe gesagt, Niemand solle ihr etwas zu essen geben. Auch habe er gesagt, sie sei verrückt. Ihr Bruder habe sie nach Hause geholt, inzwischen hätte sie im Hotel gewohnt. Sie erinnerte sich zunächst nicht ihres zweiten Aufenthaltes in Berlin, später gab sie zu, dass sie allerdings mit der Schwester in Berlin war, und meinte, sie habe doch eine Wohnung haben müssen und habe dort versucht, Arbeit zu bekommen. Sie habe in Berlin bei W. im Hotel gewohnt, sei allein dorthin gekommen, ein Kutscher habe sie nach dem Hotel gewiesen und ihre Schwester sie nach etwa vier Wochen abgeholt. Sie sei auch einmal wieder in den Wohnort ihres Mannes gewesen; sie habe von ihrem Rechtsanwalt einen Brief bekommen, sei zu spät gekommen und wieder abgereist. Ihren Mann habe sie gesehen, aber nicht gesprochen. Sie sei auch von ihrem elterlichen Hause fort in ein Hotel gegangen, da sie daheim nicht mehr zu Hause sei und etwas verdienen müsse. Sie könne doch nicht umsonst essen. Von den Ankäufen wisse sie nichts. Sie wisse auch nicht, warum ihr Mann sich habe von ihr scheiden lassen wollen, sie habe ihm ja Nichts gethan und habe nie Schulden gemacht. Sie kannte die laufende Jahreszahl nicht, sagte, es sei 1890 und zwar Mai, wusste nicht, wie alt ihr Kind geworden ist, wann ihr Geburtstag ist, erklärte, sie werde jetzt dreissig Jahre, sie sei 1865 geboren, konnte 91—65, ferner 7×14 nicht ausrechnen. Ihrer Meinung nach ist sie ganz gesund, leidet nur zuweilen an etwas Kopfweh und befindet sich auf der Reise nach G. zu ihren Verwandten.

Die ersten Tage sass sie stieren Blicks ruhig da und gab auf Fragen sehr langsam Antwort, sie brachte selbst ihren Namen schwer hervor, meinte am zweiten Tage, sie sei schon vierzehn Tage hier und erkannte den Arzt nicht wieder, der schon mit ihr gesprochen hatte. Sie klagte Kopfweh oder ein Gefühl, als wenn Bienen im Kopfe summten und glaubte, in der Klinik in Berlin zu sein. Ihre Zerfahrenheit drückte sich in einem Briefe klar aus, den sie am 9. April schrieb. Auf der ersten Seite schreibt sie an ihren Mann und ohne den letzten Satz zu vollenden, fährt sie auf der andern Seite fort, als wenn sie an ihre Eltern schriebe: „Mein lieber guter G.! Lange schon ist es her, dass Du mir nicht mehr geschrieben hast — nun sage mir doch mal warum? ich denke alle Tage Du würdest mich besuchen, aber Du kannst nicht, es ist doch recht böse von Dir. Du hast doch immer gesagt, wenn ich erst Deine Frau bin dann lässt Du mich

Digitized by Google

nicht mehr ohne Dir und jetzt habe ich Dich schon so lange nicht mehr gesehen. Na, nun wirst Du wohl auch nicht kommen können, wenn Du den Haushalt selbst besorgen musst, denn ein Dienstmädchen macht es doch nicht so wie Du es haben nicht wahr? — Ich werde mich aber recht schonen dass ich nicht wieder so lange brauch in der Klinik liegen, damit ich bald wieder an Deiner Seite sein kann, Du musst mich aber nicht mehr so schlagen, ich habe Dir doch nichts gethan; bist Du denn darüber böse das ich so arm bin, ich werde schon tüchtig arbeiten, dass ich viel Geld verdiene, dann kann ich Dir immer was geben, ich bin Dir doch so furchtbar gut, das weisst Du doch, aber Deine Mama wird wohl nicht wollen dass Du (zweite Seite) warum habt Ihr mich denn ins Krankenhaus gebracht blos damit ich Euch dem Wege kam, ich war gewiss im Wege und Ihr konntet nicht so schalten und walten wie Ihr gern wolltet wenn ich da war, aber ich werde schon bald raus können, zu Euch komme ich nicht mehr, ich bin doch gahrnicht krank. Papa hat gesagt ich soll nach G. reisen und nun bringt er mich nach Berlin in die Klinik und Mama weiss doch, dass ich solche Angst davor habe, unter ganz fremde Leute. Wenn kommt Martha und Walter denn her. Wenn Ihr das Haus verkauft, dann behaltet nur den Garten, mein Mann war also dort? na, dann wird mein Hänschen wohl auch bald hierherkommen, wenn er wieder kommt gebt ihm nur mein Sparkassenbuch. Der arme hat ja nun kein Geld, ich will auch an ihm schreiben. Es grüsst Euch *." Nachts schlief sie nach ihrer Angabe schlecht.

Am 12. April äusserte sie, sie könne sich der letzten Zeit nicht entsinnen; es sei grade so, als wenn sie gestorben gewesen wäre. Sie sei jetzt wieder auferwacht. Sie klagte über Prickeln im linken Bein und Arm und erzählte, sie habe kurz vor der Verheirathung einen Schlaganfall gehabt und sei linksseitig (auch im Gesicht) gelähmt gewesen. Die linke Gesichtshälfte ist leicht paretisch (?) und die Zunge weicht nach rechts ab.

15. April. Die Klagen über schlechten Schlaf kehren immer wieder, sie hatte Nachts Angst und Hitzegefühl und gab dem Prickeln im Kopf schuld, dass sie immer wieder erwacht. Auch am Tage bemächtigte sich ihrer angeblich Unruhe, dass sie am liebsten davonlaufen möchte.

16. April. Sie behauptet, sie habe den Krampf. Derselbe beginne in den Beinen, ziehe in den Unterleib und dann herauf bis zum Hals. Die Oberarme und Oberschenkel seien dabei am meisten betheiligt. Gewicht 57 kg.

18. April. Eine genaue körperliche Untersuchung ergiebt Folgendes: Es besteht eine vollständige linksseitige Anästhesie, nur der linke Fuss ist davon ausgenommen. Die Trennungslinie fällt fast genau mit der Mittellinie des Körpers zusammen. Die rohe Kraft ist links herabgesetzt (13, rechts 77 Kilo), der linke Arm leicht blauroth gefärbt, der rechte weiss. Sie kann bei verbundenen Augen nicht angeben, in welche Stellung der linke Arm versetzt worden ist. Kälte und Wärme wird links nur an der

Digitized by Google

Fusssohle, unbestimmt in der Handfläche unterschieden. Mit der linken Hand unterscheidet sie Gewichte nicht, auch nicht, wenn diese linkerseits sonstwo aufgelegt werden. Gegenstände, welche ihr in die linke Hand gegeben werden, unterscheidet sie nicht oder sehr mangelhaft. Im linken Nasenloch wird Kitzeln nicht empfunden. Die Bewegung der Augen ist nicht gehemmt, die Pupillen sind weit. Es besteht beiderseits Gesichtsfeldeinschränkung (s. Abb. l), links Amblyopie, so dass sie mit dem linken Auge nicht lesen, wohl aber Finger zählen kann. Farben werden unterschieden. Das Gehör ist links gleich null, sowohl für Sprechen als für Uhrticken. Dies wird vernommen, wie die Uhr fest angelegt wird. Mit der linken Nasenhälfte riecht sie nicht, mit der linken Zungenhälfte schmeckt sie nicht. Die linke Mundschleimhaut und Zungenhälfte ist völlig anästhetisch. Die Sehnenreflexe erschienen zeitweilig gesteigert, zeitweise normal. Bei Schliessung der Augen nach Aneinanderstellen der Füsse klagt sie über Schwindel. Es besteht keine Schmerzempfindung bei Druck auf den Leib. Die Klagen über schlechten Schlaf dauern an, ebenso über Krämpfe in den Gliedern und Kopfschmerzen, es kommen dazu solche über Flimmern vor den Augen, Brechreiz und Schwindel. Sie ist jetzt gedrückter Stimmung, weint leicht, will gern gesund werden, sonst am liebsten sterben.

Am 19. April wurde bei der Kranken mit der hypnotischen Behandlung begonnen. Es wurde ihr, die in einem bequemen Lehnstuhl Platz nahm, bedeutet, dass mit ihr eine besondere Behandlungsweise durchgeführt werden müsse. Als ihr nun zunächst in der gewöhnlichen Weise, ohne dass sie ihren Blick auf etwas fest richtete, Schlaf suggerirt wurde, fing sie an zu lachen; aber angeherrscht, ernst zu bleiben, fest auf meine vorgehaltenen Fingerspitzen zu sehen, fielen ihr die Augen sofort zu, wie nur gesagt war, sie sei müde, die Augenlider wären schwer, sie schlafe, und schlief fest. Sie konnte die Augen nicht öffnen, die aufgerichteten Arme nicht herunterlassen. Als sie nun den linken Arm sinken lassen sollte, gelang es nicht. Sie konnte nicht sprechen, so sehr sie sich mühte, den Mund zu öffnen. Stiche werden rechts gefühlt. Es wird ihr für die nächste Nacht Schlaf suggerirt. (Die vorige Nacht hatte sie gar nicht geschlafen.) Ohne dass dies besonders bemerkt war, wusste sie hinterher von Nichts und gab an, fest geschlafen zu haben. Später frug sie ihre Wärterin, welche den hypnotischen Sitzungen beiwohnen muss, was der Arzt mit ihr gemacht habe. Es war nicht vergessen worden, ihr in der Hypnose zu sagen, dass sie sich hinterher wohl fühlen werde und insbesondere die Kopfschmerzen wegbleiben würden. Dies trat denn auch ein.

20. April. Sie hat die Nacht schlecht geschlafen, insofern sie unangenehme Träume hatte, z. B. träumte, dass sie sich mit der Mutter zankte. Sie wird am Vormittag wieder für kurze Zeit hypnotisirt. Die Hypnose tritt sofort ein. In derselben öffnet sie bei der Aufforderung das bestrichene

Digitized by Google

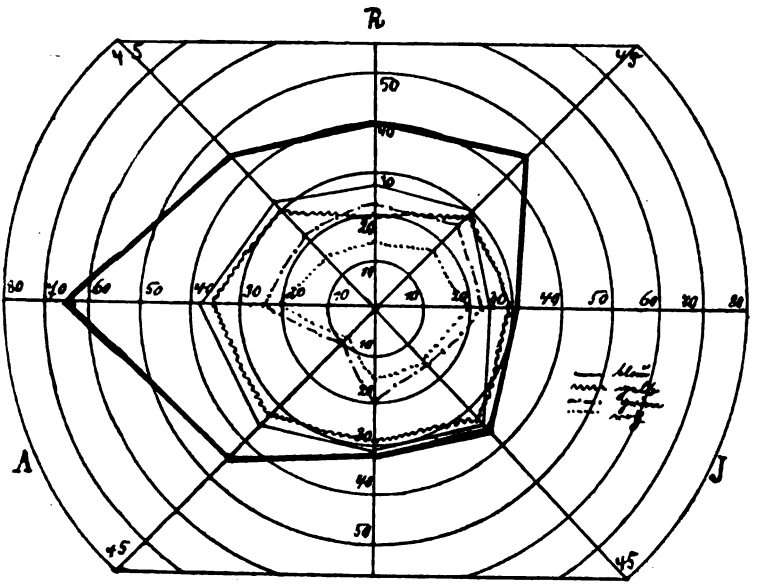
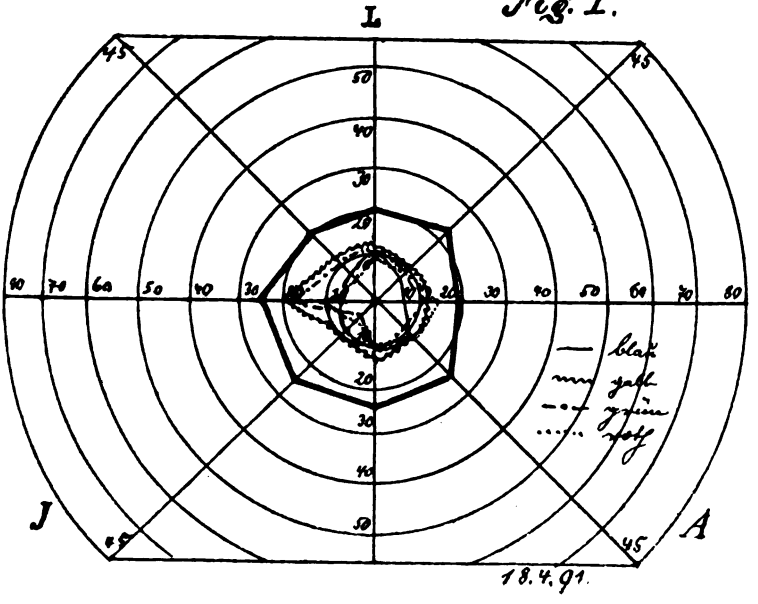


Fig. I.



18.4.91.

Digitized by Google

linke Auge, obwohl sie von der Berührung bei der bestehenden Gefühllosigkeit nichts empfunden haben kann, und spricht, als ihr gesagt wird, dass es möglich sei, und ihr die rechte Unterkieferseite streichend berührt wird, während es ihr gestern bei Streichungen linkerseits, wo sie nichts fühlt, nicht gelang. Sie fühlt rechterseits Nadelstiche, links nicht. Als ihr aber eingeredet wird, sie habe links die Stiche auch gefühlt, sagt sie es nach. Es wird ihr nun gesagt, dass die wieder aufgetretenen Kopfschmerzen sofort verschwinden, dass sie die ganze Nacht ununterbrochen gut schlafen werde, und der Auftrag gegeben, bei dem Abendbesuche mir zu sagen, sie habe sich vorgenommen, gut zu schlafen. Ferner wird ihr von jetzt ab neben den Suggestionen des Wohlbefindens nach der Hypnose auch die der völligen Erinnerungslosigkeit für dieselbe regelmässig gegeben. Sie erwacht auf „Wachen Sie auf!", fühlt sich wohl, frei von Kopfschmerzen, berücksichtigt aber Abends bei dem Besuch mich gar nicht. Im Laufe des Nachmittags sind die Menses eingetreten. Am Spätabend hatte sie einen etwa 5 Minuten dauernden Zustand von Bewusstlosigkeit, lag mit geöffneten Augen, die Augäpfel stark nach innen gekehrt, die Oberlippen zwischen die Zähne geklemmt, starr und steif da. Der linke Fuss wurde dabei über den rechten gelegt; die Hände waren fest geballt. Es traten Zuckungen im Gesicht auf. Dem Anfall gingen Klagen über Schmerzen in der rechten Kopfhälfte voraus.

21. April. Sie hat Nachts gut geschlafen. Heute Morgen klagte sie über Sausen im Kopf, blieb deshalb zu Bett und hatte einen ähnlichen Zustand von etwa 20 Minuten Dauer, wie gestern Abend. Als ich Vormittags zu ihr kam, lag sie noch im Bett und klagte, dass sie ein eigenthümliches Gefühl von Sausen im Kopf habe, rechtsseitige Kopfschmerzen verspüre und, wenn sie aufstehe, Schwindel habe. Ihrer Angabe nach sind die Menses stärker wie früher und acht Tage zu früh eingetreten. Sie wird vermocht aufzustehen und folgt in das Zimmer, wo sie bisher hypnotisirt wurde. In der Hypnose wird ihr gesagt, dass die Kopfschmerzen und das Sausen im Kopfe verschwinden und die Krampfzustände ausbleiben sollen. Ferner wird ihr Gefühl im linken Arm und Schlaf für die Nacht nach Einnehmen eines Esslöffels Arznei — als welche Zuckerwasser verabreicht werden soll — suggerirt. Nach dem Erwachen war der Kopfschmerz und das Sausen verschwunden. Da sie aber taumelte und Schwindel hatte, wurde dieses neben den früheren Suggestionen in erneuter Hypnose berücksichtigt. Nach derselben fühlte sie sich wohl und fand sich ein undeutliches Gefühl für Nadelstiche in der linken Handfläche. Sie legte sich übrigens wieder zu Bett. Nachmittags zwischen 5 und 6 Uhr hatte sie zwei Krampfanfälle von viertelstündiger Dauer, Abends gegen 8 Uhr einen von etwa halbstündiger Dauer. Sie verliert dabei das Bewusstsein, krampft die Hände zusammen, kneift die Oberlippe zwischen die Zähne und liegt starr da. Die Augen zunächst geradeaus sehend, weit geöffnet, später nach innen gekehrt. Die Pupillen waren starr. Nach dem Anfall

Digitized by Google

fragte sie, ob sie geschlafen habe, sagte, sie wisse nicht, wie ihr sei, ihr sei elend zu Muthe, und hatte Schmerzen in der rechten Schläfe.

22. April. Bis Mitternacht hat sie gut geschlafen, später ist sie öfter aufgewacht. Ihrer eigenen Aussage nach hat sie die ganze Nacht gut geschlafen. Sie weiss nicht, dass sie hystero-epileptische Anfälle gehabt hat. Sie wird eingeschläfert und ihr allgemeines Wohlsein, Schlaf für die Nacht ohne Arznei suggerirt und ferner, dass das Gefühl in der linken Seite wieder eintrete. Es findet sich nachher deutliches Gefühl für Nadelstiche in der linken Hohlhand. Sie erzählt, sie habe sich gestern unwohl gefühlt, es sei ihr übel gewesen und deswegen sei sie bald wieder ins Bett gegangen; sie habe ein Gefühl von Schlaffheit im linken Arm gehabt. Sie habe 1887, als sie verlobt war, die ersten Ohnmachtsanfälle gehabt, sei nach links übergesunken. Später — noch im selben Jahre — sei sie in Folge eines Zwistes mit ihrem Bräutigam, am Fenster stehend, hinten über gefallen, möge wohl eine Stunde gelegen haben und habe dann Zuckungen bekommen. Das Gefühl der linken Seite sei seit zwei Jahren fort. Nach der Heirath hätten sich die Anfälle oft wiederholt. Sie wisse nicht, wie sie von ihrem Mann, der sie schlecht behandelt habe, fortgekommen sei, wo sie unterwegs war, wie sie nach Hause gekommen sei. Sie erinnert sich nur, dass der Vater zu Hause ihr tröstend zugesprochen und sie geküsst habe. Sie erinnert sich nicht, ihre Mutter zu Hause gesehen zu haben. Dass der Vater sie hierher begleitet hat, hat sie erst nachträglich von der Oberwärterin erfahren. Sie mache sich oft Gedanken, was wohl gewesen sein möchte. Es habe sie unangenehm berührt, wie sie hier erfahren, dass sie in der Irrenanstalt sei, das hätte man ihr doch zu Hause sagen können. Im Laufe des Nachmittags hatte sie zehn hysterische Anfälle, Abends lag sie sogar $1^3/_4$ Sunden in starrem Zustand da. Sie klagt jetzt über Herzkrämpfe und fasst mit der Hand nach der Brust, wie ein Anfall kommt, auch hinterher greift sie nach der Herzgegend.

23. April. Sie hat die Nacht mit Unterbrechungen geschlafen. Im Laufe des Tages traten elf hysterische Krampfanfälle auf, Abends dauerte einer etwa eine Stunde lang. Vorher und hinterher macht sich, wie sie sich ausdrückt, Herzangst geltend, ist der Puls schwach und beschleunigt, die Herzthätigkeit verstärkt. Als ihr am Abend gesagt wurde, sie solle doch versuchen zu schlafen, schlief sie ein, nach wenigen Minuten trat aber ein neuer Krampfanfall auf.

24. April. Sie hat in der Nacht mit Unterbrechungen geschlafen, Herzklopfen und Angstzustände gehabt. Morgens traten drei kurze Krampfanfälle auf. Sie wird heute Vormittag wieder hypnotisirt. Auf dem Wege zum Zimmer, wo dieses geschieht, befällt sie ein rechtsseitiger Wadenkrampf. In der Hypnose richten sich die Augen nach innen, tritt plötzlich Starre der Glieder ein und Zuckungen am Kinn. Diese Erscheinungen verschwinden auf nachdrückliches Einreden. Es wird ihr nun

Digitized by Google

bedeutet, sie könne das Auge öffnen, welches berührt wird, und sie öffnet das linke, obgleich weder dieses noch das andere angerührt worden war. Die Augenlider sind diesmal in der Hypnose nicht fest geschlossen, sondern lassen eine kleine Ritze offen. Als Heilsuggestionen wird das Aufhören der Krampfzustände, Schlaf für die Nacht und Eintreten des Gefühls im Handrücken (für morgen) gegeben. Am Abend hat sie zwischen 5 und $6^1/_2$ Uhr drei kurze Anfälle. Im Anfall schliesst sie auf meinen Befehl die Augen, auch scheint es mir, dass derselbe durch Einreden von meiner Seite abgekürzt wird. —

25. April. Gestern Abend lag Patientin von $^1/_2$9 Uhr ab noch eine Stunde lang in einem krampfhaften Zustand, nachher trat Schlaf ein, d. h. die Augen waren ihr bleischwer, dass sie dieselben nicht öffnen konnte, sie hörte aber Alles, was um sie vorging. Morgens nach 8 Uhr kam wieder ein Anfall. Heute stellte sich in der Hypnose das Gehör auf dem linken Ohr für Uhrticken auf eine Entfernung von 6 cm ein und Gefühl für Nadelstiche an der Stirn und der linken Hand bis zum Handgelenk. Es wurde die Suggestion, dass die Krämpfe ausbleiben sollen, dass das Gefühl bis zum Ellenbogen und in der linken Kopfhälfte morgen vorhanden sein soll und das Gehör sich weiter bessere, gegeben, ferner Schlaf für die Nacht und das sofortige Verschwinden der Uebelkeit, über welche sie eben geklagt hatte, mit Erfolg bestimmt. Patientin ist nachher sehr aufgeräumt und spricht sich vertrauens- und hoffnungsvoll aus. Nachmittags 3 Uhr hatte sie einen kurzdauernden Anfall.

26. April. Die Nacht hat sie gut geschlafen, am Vormittag ist sie nach Ueberstehen dreier Anfälle weinerlicher Stimmung, über die sie sich nicht aussprechen will. Die Periode fliesst noch. Es hat sich der Geruch links eingestellt, der Vorderarm ist gefühllos. Es wurden in der Hypnose folgende Suggestionen gegeben: Wohlbefinden, Ausbleiben der Krampfanfälle (deren einzelne Erscheinungen dabei berücksichtigt werden, wie der Herzkrampf und das schmerzhafte Gefühl an der linken Schläfe), Besserung sämmtlicher linksseitigen Sinnesempfindungen, Gefühl bis zur Schulter für den morgigen Tag, im Vorderarm nach der Hypnose, Schlaf für die folgenden Nächte, Aufhören der Periode im Laufe des Nachmittags. Nach der Hypnose ist der Geruchsinn gut, das Gehör weit besser wie gestern, Gefühl am ganzen Kopf und Hals, am Arm von der Hand bis zum Ellenbogen, am Fuss sowohl auf der Sohle, wie auf dem Rücken vorhanden. Mit dem linken Auge kann sie nicht lesen. Sie weiss nicht, was mit ihr vorgenommen wurde, obschon die Amnesie nicht suggerirt wurde. In der Hypnose erzählte sie mit Widerstreben, dass sie wegen des Haushaltes traurig gewesen sei. Nachmittags kamen zwei leichte Anfälle, von denen der eine von mir unterbrochen wurde. Sie folgt sodann willig zum Hypnosezimmer, wird unterwegs eingeschläfert und geht sicher mit geschlossenen Augen hinter mir her, auch die Treppe herunter, setzt sich angekommen auf Befehl auf den Stuhl und es werden ihr nun ins einzelne gehend die

Digitized by Google

Krämpfe untersagt. Es gelingt die Suggestion, dass die vor ihr stehende Oberwärterin der Herr Director sei. Auch im linken Unterschenkel ist das Gefühl wiedergekehrt.

27. April. Sie hat bis 1 Uhr Nachts geschlafen, dann wach gelegen, am Vormittag tritt ein Anfall ein, bei dem das Schmerzgefühl in der Schläfe und die Herzbeklemmung an Heftigkeit gegen früher verloren haben. Patientin sieht unzufrieden aus. Die Menses sind gestern Nachmittag weggeblieben. Nachdem festgestellt ist, dass der Status der gleiche wie gestern geblieben ist, werden in der Hypnose die Suggestionen von gestern wiederholt, hinzugefügt wird die, dass Niemand ausser mir sie einschläfern könne, auch sie selbst nicht, und dass von morgen ab sämmtliche Sinne wie früher functioniren. Nach der Hypnose ist auch das Gefühl im linken Oberarm wiedergekehrt und kann sie mit dem linken Auge lesen. Sie klagt dabei über ein eigenthümliches Gefühl im linken Auge, welches im Augenblick verschwindet, wie es unter Streichen des Auges wegzubleiben geheissen wird. Die Störung des Muskelsinns im linken Arm ist gewichen, die Stimmung ist heiter, es werden Aeusserungen der Hoffnung vorgebracht, wie es kurz vorher suggerirt war. Als ihr wie gelegentlich gesagt wird, es bringe Niemand auch sie selbst nicht fertig, sich einzuschläfern, wie ich es thue, meint sie, sie habe es selbst schon vergeblich versucht. Am Abend trat ein leichter Anfall auf. Da sie sehr über kalte Füsse klagt, dieselben thatsächlich sich sehr kühl anfühlen und das schon mehrere Tage bestanden haben soll, wird ihr in der Hypnose gesagt, dass die Füsse in einer halben Stunde warm seien. Wie die Wärterin sich überzeugte, trat dies genau ein.

28. April. Sie ist heute munter, hat sehr gut geschlafen, berichtet, sie habe so warme Füsse, wie lange nicht gehabt, sie seien heute wieder etwas kühl, wenn auch nicht so sehr wie gestern. Sie beschreibt das Gefühl vor dem Anfall als Hitze in der Herzgegend, Zischen und Glucksen. Es wird ihr die Mittheilung, welche sie gleich am ersten Tage ihres Hierseins erhalten hat, dass sie geschieden sei, gelegentlich eines Gesprächs über die Vergangenheit gemacht, dieselbe ist ihr ganz neu und ergreift sie sehr. Es wird ihr nun in der Hypnose gesagt, dass sie von nun an immer warme Füsse haben werde, indem sich das Blut regelrecht vertheile, dass ihr die Mittheilung von der Scheidung keinen Kummer machen dürfe und dass sie von hier aus nach der Entlassung — wozu sie vorher gar keine Neigung hatte — zu den Eltern gehen werde. Dann wird ihr ein Stück Papier auf den rechten Vorderarm mit der Angabe, es sei Senfpapier, aufgelegt. Nach dem Erwecken brennt die Stelle heftig, doch lässt der Schmerz, wie er untersagt wird, sofort nach. Nach einer Stunde fand sich an der mit dem Papier bedeckten Stelle ein rother Kranz, der nur wenig kleiner, wie dasselbe war. Mittags lag sie $^1/_2$ Stunde in festem Schlaf. Am Nachmittage erweist sich die Stimmung durch die Nachricht der Scheidung doch beeinflusst. Sie äusserte, sie hätte lieber sterben wollen. Es

Digitized by Google

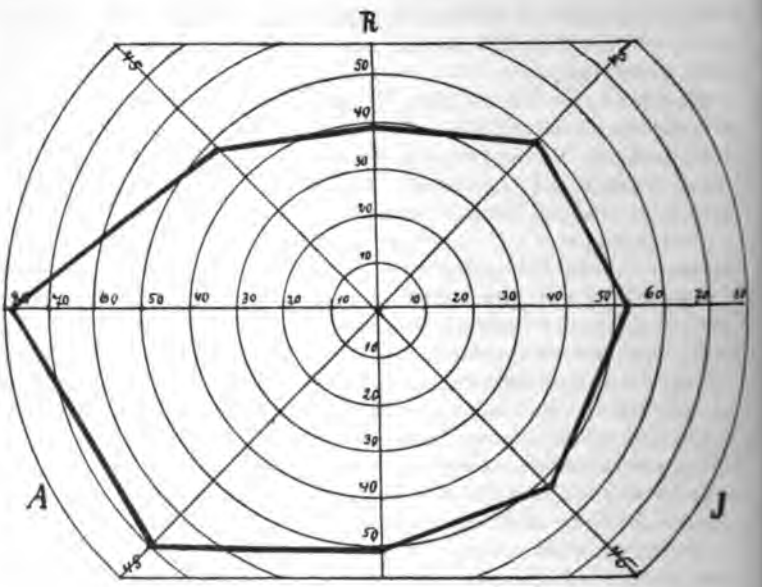
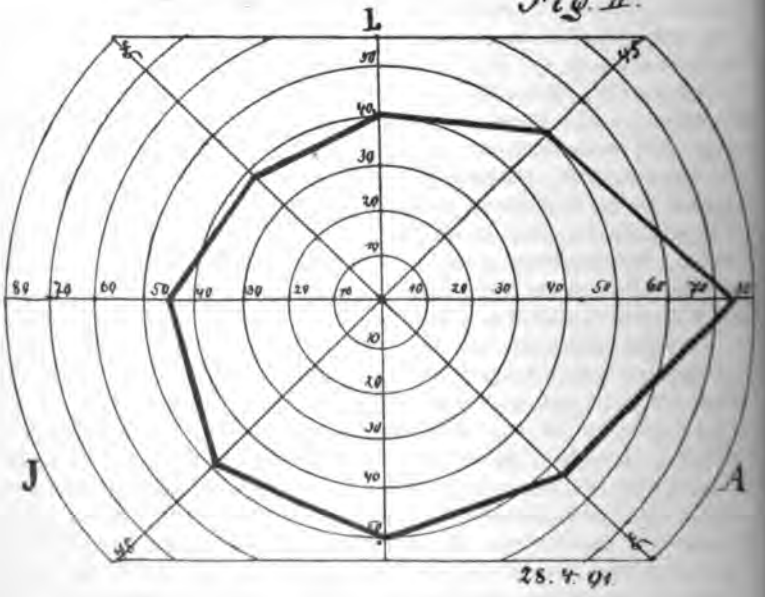


Fig. II.



28. 4. 01

Digitized by Google

wird festgestellt, dass Geschmack und Gefühl ebenfalls völlig wieder da sind, dass das Gehör sehr gut ist, und durch das Perimeter die Untersuchung der Augen vervollständigt. Es ergibt sich, dass die Gesichtsfelder nahezu die normale Ausdehnung haben (siehe Abb. II). Gegen Abend wurde es ihr im Garten schlecht, sie musste nach oben getragen werden und erklärte hinterher, sie habe geschlafen, es sei ihr übel und heiss. Letztere Gefühle weichen der entsprechenden Suggestion in der Hypnose.

29. April. Patientin hat in der Nacht nicht ohne Unterbrechung geschlafen. Heute Vormittag wird nochmals in eine Besprechung ihrer Vergangenheit eingetreten, um festzustellen, ob die Rückerinnerung in der Hypnose eine andere als im wachklaren Zustande ist. Während ihr in beiden Zuständen die Erinnerung dafür fehlte, dass sie in Berlin und ihrer Vaterstadt unsinnige Einkäufe gemacht, in Berlin eine Wohnung gemiethet hat und in der Vaterstadt in ein Hotel gezogen ist, berichtet sie in der Hypnose ausführlicher über einen Aufenthalt in Berlin, sie sei auf Bahnhof Friedrichstrasse angekommen, habe im Hotel „Stadt Dresden" gewohnt, hier den ersten Tag im Bett gelegen, am 2. Ostertag eine Freundin besucht und sei am dritten Feiertag ihrem Mann begegnet und habe die Mutter im Hotel angetroffen; von dort sei sie mit ihrer Mutter nach Hause zurückgereist. Es wird ihr neben den Heilsuggestionen von früher anhaltende gleichmässige Stimmung suggerirt. Wie sie aufwacht, weint sie aber und meint, es sei so traurig, dass sie geschieden sei, das sei schrecklich. Es werden ihr die Augen zugedrückt, sie schläft ein und es wird ihr zugeredet, dass die Traurigkeit verschwindet. Nach dem Erwachen ist die Stimmung sofort gut. Patientin äussert, es drücke sie so in den Augen, sie müsse wohl geweint haben. Das drückende Gefühl in den Augen verschwindet suggestiv sogleich. Vor der Hypnotisirung von meiner Seite war durch Herrn Dr. *Selle* der Versuch gemacht worden, sie zu hypnotisiren. Es gelang nicht. Patientin meinte, sie sei wohl so aufgeregt, dass sie nicht schlafen könne. Sie bezweifelte auch, dass ich sie heute einschläfern könne, schlief aber auf Befehl sofort ein. Am Abend hatte sie drei leichte Anfälle und lag ein Stunde lang in Weinkrämpfen.

30. April. Sie klagt über Kopfschmerzen und Schmerzen am Anus.

1. Mai. Gestern Abend hatte sie zwei Anfälle, in der Nacht hat sie gut geschlafen. Sie erzählt auf Befragen, dass sie früher mit ihrem Mann einer hypnotischen Sitzung beigewohnt und sie nachher versucht haben, ob sie auch zu hypnotisiren seien, erinnert sich aber keines Erfolges. Auch ohne Suggestion von Schlaf lassen sich ihre Arme in jeder Stellung feststellen und gelingt der Versuch, dass sie die hochgestellten Arme nicht nach unten bringen kann, sondern dieselben vielmehr nach hinten gezogen werden. Es wird ihr nun gesagt, dass sie die Nacht gut schlafen werde und zur Bekräftigung gezeigt, dass sie ohne meinen Willen die Schwelle des Zimmers nicht überschreiten kann. Sie geht

Digitized by Google

bis zur Schwelle, bleibt daselbst wie angewurzelt stehen und macht ein hülfloses Gesicht. Am Nachmittage traten zwei leichte Anfälle auf.

2. Mai. Sie konnte gestern Abend lange Zeit nicht einschlafen, schlief aber nach Mitternacht gut. Sie hat Vormittags zwei Anfälle und klagt über plötzlich auftretende schiessende Schmerzen im Kopf, welche aber während der Unterhaltung ausbleiben. Sie kann nicht darüber wegkommen, dass sie von ihrem Mann geschieden sein soll. Am Abend, nachdem sie noch zwei Anfälle gehabt, werden ihr in der Hypnose die Sensibilität links an der Stirn und die volle Sehkraft des linken Auges, welche wieder zum Lesen nicht ausreichte, hervorgerufen. Später war die Stimmung recht trübe. Sie äusserte, sie möchte sich am liebsten mit einer Scheere oder einem Messer die Adern aufschneiden. Gewicht 58,5 kg.

3. Mai. Sie hat die Nacht nicht geschlafen, weil sie heftige Schmerzen am Anus hatte. Heute Morgen ist sie leidlicher Stimmung, einer Genitaluntersuchung, die auch wegen Fluor albus, dessen wegen sie bisher nur Sitzbäder angewendet hat, angezeigt war, zunächst abgeneigt, bis man sie beruhigte, dass man nicht schneiden würde. Es fand sich eine Fissur am vorderen Umfange des Anus, starke Schwellung und Röthe der Vaginalschleimhaut, die mit eitrigen Secret bedeckt war, und ein grosses Ulcus rings um den Muttermund. Die Untersuchung fand in der Hypnose statt, in welcher nachher die üblichen Heilsuggestionen gegeben wurden, insbesondere wurde das Eintreten guter Stimmung betont und weiter erwähnt, dass durch die Einführung eines Suppositorium (Ol. Cacao 1,5 Hydrarg. oxyd. alb. 0,1), welche jeden Abend stattfinden solle, die Schmerzen fortbleiben und die Fissur in kurzer Zeit heilen werde.

4. Mai. Die Stimmung war gestern durchweg eine gute, sogar heitere. Nachts schlief sie bis 1 Uhr, dann bekam sie wieder Schmerzen am After, Vormittags $^1/_2$10 Uhr kam ein leichter Anfall, beginnend mit Stechen in den Schläfen, es folgte Bewusstseinsverlust, tonischer Krampf der Muskeln und nachher Herzklopfen. Die Genitalerkrankung wird in der Hypnose durch Eingiessen von Acet. pyrolignos. crud. behandelt. Es wird ein Stück Papier auf die Innenseite des Oberschenkels gelegt mit der Erklärung, es sei Senfpapier und die Entzündung um den After solle dadurch weggezogen werden. Nach der Hypnose war ein Gefühl von Prickeln an der Stelle vorhanden, am Abend war der Rand der mit dem Papier belegten Stelle geringfügig geröthet und Patientin behauptet, sie habe bis dahin ein Grimmen daselbst verspürt.

5. Mai. Sie hat die Nacht wenig geschlafen, nach Mitternacht wieder wenn auch weniger heftige Schmerzen am After gehabt. Heute wurde in der Hypnose, welche auch zwecks der vaginalen Behandlung hervorgerufen wurde, fester Schlaf für die nächste Nacht versprochen.

6. Mai. Sie war gestern recht verstimmt und hatte sich Anderen gegenüber ungehalten darüber ausgesprochen, dass sie täglich untersucht werde. Die örtliche Behandlung wurde daher sofort abgebrochen, zumal

Digitized by Google

ich verreisen musste. Am Abend sprach sie viel von Sterben. Sie schlief Nachts nur bis 2 Uhr.

7. Mai. Gestern hatte sie 4 Anfälle, klagte über Schwindel und lag zu Bett.

8. Mai. Sie hatte gestern erfahren, dass sie, weil sie in Brandenburg nicht heimathsberechtigt sei, in eine andere Anstalt versetzt werden würde, war darüber aufgebracht und sagte, sie wolle nicht zu solch groben Leuten. Es wurde ihr in Aussicht gestellt, sie zu entlassen, wenn die Anfälle wegblieben. Dies stimmte sie heiter.

10. Mai. Gestern trat wieder ein Anfall auf, heute Menses.

11. Mai. Die Stimmung ist besser. Gestern ein Anfall.

13. Mai. Sie hatte gestern einen Anfall und erzählte einer anderen Kranken, ich hätte ihr einen Heirathsantrag gemacht; die Wärterin hätte ich aus der Stube geschickt und gefragt, ob ich Hoffnungen habe, sie habe mich entschieden abgewiesen.

14. Mai. Sie liegt heute zu Bett, da sie heftige Schmerzen in Kopf und Bein hat. Nach der Hypnose ist sie schmerzfrei. In einem Gespräch giebt sie über ihre gewöhnlichen Verhältnisse gut Auskunft und erzählt, sie habe seit dem 6. Lebensjahre die höhere Töchterschule besucht, sei bis zum 16. Jahre zur Schule gegangen, weil sie Lehrerin werden wollte. Mit 16 Jahren wurde sie eingesegnet; ein Vierteljahr vorher sei sie erkrankt, sie erkältete sich nach einem Bade von 31° und wurde unterleibsleidend. Die Periode, welche kurz vor dem 15. Lebensjahr eingetreten war, blieb ein Vierteljahr weg. Sie hatte grosse Schmerzen, sei vor Schmerzen bewusstlos gewesen und mit Opium und Eisumschlägen behandelt worden. Nach der Wiedergenesung war sie immer sehr „mobil“ und die Periode seitdem regelmässig. Nachmittags fand eine erneute körperliche Untersuchung statt: Der Puls ist klein, 88. Die Pupillen sind weit, reagiren gut. Die Zunge wird gerade hervorgebracht. Es sind wieder Schmerzen im Kopf auf der linken Seite vorhanden. Diese wiederholen sich anfallsweise, dabei wird das Gesicht schmerzhaft verzogen. Die Schmerzen strahlen vom Scheitel zum Ohr, dann tritt Sausen im Ohr ein, dann Schmerzen vom Scheitel zum Hinterkopf. Die Sensibilität in allen Qualitäten ist links aufgehoben mit Ausnahme des untern Drittels des Vorderarms, der Hand und des ganzen Fusses. Beim Gehen treten Schmerzen im linken Bein auf. Druck auf den Austritt des linken Supraorbitalnerven, des Scheitels links, Druck auf die linke Ohrmuschel, Drücken von Hautfalten am linken Oberarm und auf den Oberarmknochen schmerzt sehr, während rechterseits der gleiche Vorgang nicht schmerzhaft empfunden wird. Die Reflexe sind normal. Das Gehör ist links herabgesetzt, Uhrticken wird nur in nächster Nähe gehört, Geruch und Geschmack und Gesicht links herabgesetzt. Sie zählt Finger, kann aber nicht lesen.

Es wurde nun zunächst durch Handauflegen, Benennen der einzelnen Hautgebiete und durch Bestreichen derselben mit der Weisung gefühllos

Digitized by Google

zu werden nach und nach rechterseits Anästhesie hervorgerufen. Jedesmal verlor sich die Anästhesie links im entsprechenden Gebiete und blieb auch weg, ja das Gefühl erschien noch deutlicher, nachdem auch rechterseits die Anästhesie wieder aufgehoben war. Aehnlich verhielt es sich mit den Sinnesorganen, die zur Erhöhung der Suggestion angeblasen wurden. Das rechte Ohr wurde taub erklärt, dies trat sofort ein, das linke hörte gut und verblieb auch so, als das rechte wieder hörend erklärt wurde. Sie las sofort mit dem linken Auge, als das rechte blind erklärt wurde und nicht sah. Die Lage des Arms und der Beine wurde nach Verschwinden der Anästhesie richtig beurtheilt. Nachdem sie entrüstet zurückgewiesen hat, die unter dem 13. d. Mts. erwähnte Aeusserung gethan zu haben, wird sie hypnotisirt. Auf die Aufforderung einzuschlafen, schliessen sich die Augen und sie schläft. Sie will auch jetzt nichts von der Aeusserung wissen. Sie giebt dann an, sie habe nicht gesagt, es sei ihr unangenehm, sondern, dass es dem Arzte unangenehm sei, ihr täglich die Ausspülungen zu machen. Es wird ihr nun mit der Fingerspitze auf den rechten Arm geschrieben: „Wache auf!“, sie schläft aber weiter und wird nun aufgefordert, die Stelle, an welcher garnichts zu sehen ist, zu betrachten und zu lesen, was da stehe, sie liest: „wache auf“, erwacht jedoch nicht. Es wird nun ebenso Eva auf den Arm getrieben, sie kann es nicht genau lesen, sagt, es sei lateinische Schrift „Anna“. Ferner wird sie aufgefordert, Herrn Dr. *Selle*, der vor ihr steht, anzusehen und ihr erklärt, es sei ein Mädchen mit rothem Mieder, blauem Kleid und Hörnern auf dem Kopf, sie sagt, sie sehe eine Spreewälderin, dieselbe habe graue Hörner auf dem Kopf. Sie wird nun durch „Wachen Sie auf!“ erweckt. Da ihr nun erklärt wird, sie könne nicht mehr sprechen, sondern würde bellen wie ein Hund, wenn sie etwas sagen wolle, hütet sie sich zu sprechen, obwohl wir auf sie einreden; als sie dann schliesslich eine Frage beantworten will, fängt sie an zu bellen, was sie unangenehm berührt und sofort wieder geändert wird. Ich liess mir nun eine Probe ihrer Unterschrift geben, die sie in lateinischen Buchstaben geläufig ausführt, und rede ihr ein, sie sei ein kleines Mädchen. Sie geräth dadurch sichtlich in Hypnose. Sie spricht mit kindlicher Stimme, schreibt dem suggerirten 6., 7. und 9. Lebensjahre entsprechend, mit 6 Jahren sehr langsam, hart den Bleistift aufdrückend jeden einzelnen Buchstaben überlegend, deutsche Schrift, die Anfangsbuchstaben klein, mit 7 Jahren aber gross, aber auch noch ungelenkig, mit 9 Jahren bedeutend besser, indessen nicht so gut, wie sie nach der Hypnose ihren Namen mit deutschen Buchstaben schrieb. Sie hat ganz das Gebahren dem Lebensalter entsprechend, kann mit 6 Jahren nur bis 20 zählen, weiss, dass $10+10=20$ ist, weiss nicht, wie viel $10+11$ ist, sagt 6×6 sei 18, 7×7 wisse sie nicht, 3×3 sei 9, $3+1=7$, der Monat habe 31 Tage, das Jahr 365, die Hälfte von 20 sei 7, $5:20=5$, $4:20=6$; sie weiss, dass sie getauft ist, aber nicht, weshalb man getauft wird, und sagt Christus sei am 25. Dezember geboren. Die Suggestion, dass die Pupillen weiter

Digitized by Google

würden, gelang nicht, wohl aber die, dass es dunkel im Zimmer sei. Bei letzterem Vorgang ändern sich die Pupillen aber auch nicht. Auch ohne Einschläferung gelingt die Feststellung der hochgerichteten Arme und die Suggestion, dass der Arm, wenn sie ihn nach unten bringen wolle, weiter nach rückwärts bis zur Wand langsam hinneige, sofort aber, wie er die Wand berühre, herunterzubewegen sei. War sie vor den Suggestionen nicht eingeschläfert, und sie antwortete später auf die Frage, ob sie schlafe, ja, so fehlte nachher die Rückerinnerung. Dass sie die Arme nicht bewegen konnte und bellen musste, dessen erinnerte sie sich, hierbei machte sie auch nicht die Angabe, dass sie schliefe. Die Suggestion des Brennens mit dem Glüheisen hatte keinen Erfolg.

15. Mai. Wennschon die Suggestion gegeben war, bis zum frühen Morgen zu schlafen, schlief sie nur gut bis 2 Uhr.

Heute Nachmittag fand eine längere hypnotische Sitzung zur Demonstration statt. Aus derselben sei Folgendes hervorgehoben: Da das Gefühl links an der Stirn wieder fehlt, wird dasselbe durch Transfert hervorgerufen und festgestellt, dass derselbe nicht nur für mich, sondern auch für Andere besteht. Sie wird vor einen grossen weissen Schirm geführt und gefragt, was sie auf der Fläche sehe, sie sagt „Nichts". Danach werden ihr einzelne Glieder mit einem Band umschnürt. Sie sieht aber nicht, wie es *Binet*[1]) beobachtete, diese Theile auf der Fläche, sondern allerlei Namen, einen Park, einen Bahnhof und Aehnliches. Es wurde der Faden z. B. um den Daumen der linken Hand gelegt, sie sagt, sie sähe einen Park. Der Faden wird weggenommen und sie wundert sich, dass die Fläche wieder weiss wird, sieht hinter den Schirm, um zu erforschen, woran das liegt. Es wird ihr der Faden um das Handgelenk gelegt, sie sieht wieder Verschiedenerlei, aber nicht klar, sie muss das rechte Auge zuhalten und sieht Schrift, liest „Colonne", „Heerschaaren", das linke Auge wird zugehalten und sie sieht wieder einen Park. Aehnliches ergiebt sich, wenn der Faden um den Hals gelegt wird. Auch in der durch den Befehl des Einschlafens hervorgerufenen Hypnose sieht sie Namen und Landschaften. Als ihr dann Anna auf den Arm geschrieben wurde, sah sie weder auf dem Schirm noch beim Ansehen des Armes ein Wort auf diesem. In der Hypnose wird ihr ein leeres Blatt vorgezeigt mit dem Bemerken, es sei die Photographie eines bestimmten Herrn, es sei ein Brustbild. Sie wird gefragt, ob es ähnlich sei, sie sagt „ja frappant". Das Blatt wird unter drei andere leere Blätter gleicher Grösse gemischt. Sie sucht die Photographie heraus, findet sie aber erst beim zweiten Mal. Woran erkennen sie dieselbe? „Da ist der Kopf." Ist auf den anderen Blättern etwas? „Nein." Aber da ist ja ein Apfelbaum! „Nein!" Ich habe die Photographie abgewischt; sehen Sie noch etwas? „Nein!" Als mit der Fingerspitze auf

[1]) *Binet*, Ueber hysterische Anästhesie. Bericht in *Mendel's* neurol. Centralblatt 1889 S. 95.

Digitized by Google

ein Blatt „Anna“ geschrieben wurde, fand sie das Blatt als es unter andere gemischt wurde auch erst beim zweiten Male heraus. Sie las bloss A und sagte, es seien sechs Buchstaben darauf in lateinischer Schrift. Ein Fläschchen mit Pilokarpin umgehangen, bringt gar keine Wirkung hervor. Eine Berührung verschiedener Hautstellen mit einem Federhalter bringt keine Zusammenziehung der darunterliegenden Muskeln hervor; diese tritt erst ein, als gesagt war, dass die betreffenden Muskeln sich zusammenziehen würden. Als die Hände zum Gebet gefaltet werden, tritt keine Aenderung im Gesichtsausdruck ein. Zuletzt wird noch, da die Periode schon 6 Tage ziemlich stark vorhanden war, dieselbe für 7 Uhr Abends abbestellt und erklärt, dieselbe werde von jetzt ab vollkommen regelmässig stattfinden und fünf Tage dauern. Auf den Ruf „Hopp!“ wacht sie auf. Es wird mit ihr darauf ihr Vorleben besprochen, über das sie sich eingehend auslässt. Nach ihren Angaben war sie gesund, bis sie in ihrem 18. Lebensjahre ihren Mann kennen lernte. Die Anknüpfung des Verhältnisses wurde von ihrem Vater gar nicht gebilligt, von der Mutter bald untersagt bald unterstützt. Sie selbst wusste mit ihm zusammenzukommen, hatte aber recht viele Zwistigkeiten. Als sie im Anfange der Bekanntschaft, um ihm aus dem Wege zu gehen, verreist war, bekam sie ein dickes Gesicht, hatte Kopfweh, es mochte wohl Heimweh sein, war marode und müde. Im Februar 1887, wo sie sich verlobte, fühlte sie sich auch sehr elend und hatte in Folge von gemüthlichen Erregungen beim Besuch ihrer zukünftigen Schwiegermutter Ohnmachtsanfälle, wie sie sie übrigens früher schon daheim gehabt hatte. Die Bewusstlosigkeit dauerte damals oft drei Stunden lang. Nach der Rückkehr im Juli wurde die Verlobung wieder aufgehoben. Im August 1888 kamen die ersten Krampfanfälle nach grosser Aufregung. Sie bekam Herzklopfen und Zittern am ganzen Körper. Das Dienstmädchen ihrer Schwägerin soll gesagt haben: sie liefe am Hause vorbei als wenn sie nicht wüsste, was sie thut. Daheim schrie sie, erzählte, was ihr passirt war, dann trat Bewusstlosigkeit ein. Nach vierzehn Tagen kam ein zweiter Anfall, von da ab am Tage zwei bis drei Male. Unterdessen hatte ihr Bräutigam, der in eine andere Stadt versetzt war, wieder Annäherungsversuche gemacht. Als sie ihn wiedersah, bekam sie einen Zustand von Starrheit, der über eine Stunde andauerte, konnte nicht sprechen und sah aus wie eine Leiche. Nachdem am 28. September 1888 von Neuem Verlobung gewesen, sollte Ende October die Hochzeit sein. Sie reiste daher zum Einkauf der Aussteuer nach Berlin, dort wurde ihr schlecht, sie hatte Schwere in den Gliedern und bekam Ohnmachtsanfälle. Sie reiste daher bald nach Hause, hatte unterwegs Frösteln. Den zweiten Tag nach ihrer Zurückkunft den 3. October wurde es ihr Abends ½10 Uhr in der Küche plötzlich komisch, rief sie „ach Gott, halte meinen Korb fest“, wurde starr und steif. Zu Bett gebracht, lag sie eine Stunde bewusstlos. Als sie zu sich kam, konnte sie nicht sprechen und war ihr Gesicht links dick. Sie konnte den linken Arm nicht bewegen, derselbe war dick geschwollen,

Digitized by Google

der Mund war nach links verzogen, Gefühl war nicht vorhanden, die Zunge wich nach rechts ab. Sie konnte die ersten drei Wochen nicht gehen und als sie aufstand, hatte sie in der ganzen linken Seite, auch im Kopf links beim Auftreten Schmerzen. Wie sie gestern Schmerzen in der Hüfte hatte, dachte sie, derselbe Zustand kehre wieder. Als sie heirathete, war sie noch nicht ganz gesund. Sie hatte zur Zeit der Periode immer Schmerzen in der linken Seite, auch Schwäche in dem linken Bein. Sie heirathete im Januar 1889, im Mai war die Geburt ihres Töchterchens, das 14 Tage alt an Icterus starb. Patientin war im Wochenbett schwach und elend, hatte Schmerzen in der linken Seite und im linken Fuss. Sie verliess den zweiten Tag schon das Bett. Der Tod des Kindes erregte sie sehr. Sie lief viel zum Kirchhofe, was den Mann ärgerte. Es traten grosse Blutverluste und Schmerzen im Unterleib auf. Sie liess sich im Juni von einem Arzte untersuchen; die Untersuchung geschah in Chloroformnarkose. Sie war dann im Juli in einem Bade und liess sich schliesslich in Berlin in der Klinik des Professors *Olshausen* operiren. Seitdem hat sie keine Schmerzen am Unterleib mehr gespürt bis hier in der Anstalt. Zur Erholung war sie danach einige Wochen bei den Eltern. Nachdem sie von hier von ihrem Mann abgeholt war, mehrten sich die Zwistigkeiten, die schon von Anfang häufig genug waren, noch und ihr Mann misshandelte sie sehr. Eine Scene Weihnachten 1889 beschreibt sie folgendermassen: „Sein Bruder kam zum Besuch. Nach Ansicht des Mannes war ich nicht freundlich genug, er schlug mich ins Gesicht, das Blut lief mir das Gesicht herunter; er warf den Baum herab. Auch wollte er mich mit einem glühenden Eisen verletzen, ich wollte nach Hause reisen, blieb aber die Nacht bei meiner Waschfrau. Am ersten Feiertag ging ich wieder nach Hause. Der Bruder meines Mannes beleidigte mich, nannte meine Verwandten Lumpenpack. Ich schloss mich im Zimmer ein. Abends ging ich zu meiner Waschfrau. Ich war sehr aufgeregt und soll so verwirrt gewesen sein, dass ich das Haar aus dem Kopf gerissen habe. Ich habe angefangen mich auszukleiden und bin halbnackt auf die Strasse gelaufen. Ueber zwei Stunden habe ich dann Krämpfe gehabt. Dann ist er gekommen und hat wieder gut zugeredet. Ich glaubte, ich wäre zu Hause und wollte bei meinem Bruder bleiben, sagte, es bekäme mich Niemand zu meiner Wohnung heraus. Das haben mir die Leute Alles nachher erzählt. Dann bin ich mitgegangen und es ging gut bis zu Sylvester."

16. Mai. Sie hatte gestern keinen Anfall, that heute Morgen die Aeusserung, sie wolle am liebsten sterben, wenn sie sich nur vergiften könne. Früher hat sie erzählt, sie habe sich kurz vor ihrer Hochzeit vergiften wollen.

17. Mai. Sie war gestern im Ganzen schlechter Stimmung, am Abend wurde ihr in der Hypnose Schlaf und gute Stimmung suggerirt, was auch eintraf. Ferner wurde ihr gesagt, dass die Periode, welche vorgestern Abend 7 Uhr ausgeblieben war, gestern aber nach einem Bade sich wieder einge-

Digitized by Google

funden hatte, Abends 1/2 8 Uhr ausbleiben solle, ferner, dass heute Vormittag gegen 10 Uhr die fünf Wundmale Christi als rothe Stellen bei ihr erscheinen würden. Nachdem sie geweckt war, musste sie die Wand ansehen und entdeckte nichts auf ihr. Durch Umlegen eines Tuches um einen Finger, um den Hals sieht sie Bilder an der Wand, durch Auflegen der Hand auf den Kopf einen Leichenzug. Alles verschwindet sofort, wie die Hand oder das Tuch fortgenommen werden. Auf die Frage, ob sie wach sei, sagt sie ja. Auch die Frage, ob sie eine Thüre, ein Fenster im Zimmer sehe, sieht sie nur Wand und findet die Thüre nicht, eine Wärterin erklärte sie bei der Frage, ob diese ein Baum sei, für eine alte Trauerweide. Mich erkannte sie. Es muss ihr dann gesagt werden, sie solle aufwachen. Sie erinnert sich heute nicht, dass sie die Bilder gesehen, wohl erinnert sie sich derselben von vorgestern.

Heute etwas vor 10 Uhr hat sie hochrothe Flecke, so gross wie die Fingerkuppe, mit der ich die Stellen berührt hatte, auf dem Fussrücken und in der Handfläche, dieselben traten während meiner Anwesenheit auf, um 10 Uhr sah sie Dr. S. nicht in der Handfläche, sondern auf dem Handrücken. Ein grosser rother Fleck befand sich in der linken Seite, an der von mir gestern bezeichneten Stelle.

Die Prüfung des Gefühls durch Dr. *S.* Vormittags 1/2 11 Uhr ergab dasselbe abgeschwächt links an der Stirn, den linken Oberschenkel anästhetisch, sonst die Sensibilität gut. Kneifen von Hautfalten wird links überall überaus schmerzhaft empfunden.

18. Mai. Sie hat die Nacht geschlafen, aber viel geträumt, z. Th. ängstlich geträumt, z. B. dass sie, weil sie ein rothes Tuch um hatte, als Socialdemokrat verhaftet werden sollte. Die Stimmung war gestern gut, heute ebenfalls. Am Vormittag wurde durch einfaches Streichen die Sensibilität am linken Oberschenkel hervorgerufen. Am Abend trat bei der Frage, ob sie durch einfaches Handreichen einschlafen werde, die Hypnose durch Handschlag ein. Es wurde nun suggerirt, dass sie traumlos schlafen, sich wohlbefinden werde und Selbstmordgedanken ferner nicht aufkommen könnten. Gewicht 58 K.

19. Mai. Die Nacht hat sie geschlafen, aber geträumt, dass eine Freundin am Ertrinken sei, und ist darüber aufgewacht. Sie theilt mit, dass sie seit gestern wieder die Regel habe, nachdem sie vorgestern ein Sitzbad genommen hat. In der Hypnose, welche durch Handgeben sofort eintritt, wird ihr gesagt, dass die Regel um 12 Uhr aufhören werde, die normale Zeit aussetzen, in regelmässigen Zwischenräumen wiederkehren und jedes Mal fünf Tage dauern werde. Sie hat seit einigen Tagen eine Warze am Zeigefinger der linken Hand. Es wird suggerirt, dass der Schlüssel glühend sei, aber schmerzlos brenne. Derselbe wird auf die Warze gehalten und gesagt, die Wirkung werde bald eintreten. In der Hypnose erzählte sie den Traum ausführlich, den sie vorher nur anzudeuten zu bewegen war. Es machen sich immer wieder in kleineren Bezirken auf Stiche

Digitized by Google

und Berührung unempfindliche Stellen bemerkbar, dieselben werden leicht durch Bestreichen empfindlich gemacht.

Nachmittags 2 Uhr Fortsetzung der Unterredung vom 15. d. Mts.: Am 17. Januar 1890 hatte sie Reissen links im Kopf und Schwellung der linken Gesichtshälfte, von da ab einige Tage heftige Auseinandersetzungen mit ihrem Mann, der sie auch misshandelte und angeblich gesellschaftliche Verabredungen mehrmals widerrief. Etwas später hat er sie eines Tags über das Bett geworfen und gegen den Unterleib getreten, dass ihr Blut aus Nase und Mund kam. Danach sprach sie wenig mit ihm. Das Bluten wiederholte sich. Er verlangte nun auch noch, sie solle selbst waschen. Da wurde ihr schlecht und sie fiel um. Derartige Misshandlungen wiederholten sich bis zum 2. April. Da ging sie zu einer Freundin in einer Nachbarstadt, wo sie fünf Tage blieb. Sie wollte dann zu ihrem Mann zurück, derselbe liess sie aber nicht in die Wohnung und sie musste, da sie ohne Mittel war, vier Tage draussen bleiben und schlafen, hatte nichts zu essen und zu trinken. Patientin erzählt lebhaft mit wörtlicher Anführung von Rede und Gegenrede ihr wechselvolles und trauriges Geschick. Es dürfte zur Kennzeichnung ihres Geisteszustandes bemerkenswerth sein, die Erzählung nahezu mit den Worten der Erzählerin, wenn auch etwas abgekürzt wiederzugeben, daher führe ich noch Folgendes an: „Ich wusste damals nicht, was ich that, und dachte, vielleicht bist du eines Morgens todt. Dann ging ich eines Morgens zum Kirchhof. Eine Schlächterfrau begegnete mir, sie sagte, ich sähe schlecht aus, und wollte mich mitnehmen. Ich lachte darüber. Die Frau ging zu meinem Mann. Er sagte „Nein, ich nehme sie nicht auf, sie kann nach Hause gehen". Er versprach Geld zu schicken. Nach kurzer Zeit kam ein Brief von ihm, wo ich ihn treffen sollte. Ich freute mich, dass ich ihn sehen würde. Er kam nicht, sondern war unterdessen zu der Fleischersfrau gegangen. Wir begegneten uns dann zufällig. Er sagte „wie siehst Du aus, Du siehst aus, als wenn Du vier Wochen im Grabe gelegen". Er wollte mich mit nach oben nehmen, ich wollte nur dann, wenn er versprach, mich nicht zu schlagen. Ich ging mit zur Kneipe, trank ein Glas Bier. Mein Mann schlug mich dann im Beisein des Kellners. Als er mit der Polizei drohte, ging ich mit nach Hause ins Fremdenzimmer. Er versprach dann, mich zum Bahnhof zu begleiten. Es standen ihm Thränen in den Augen. Er kam auch. Ich war zerschlagen im Gesicht. Desshalb sagte er, ich würde ihm einen grossen Gefallen thun, wenn ich nicht gleich nach Hause ginge, sondern in Berlin bleibe. Er brachte an der Bahn Alles in Ordnung und ich fuhr ab am 7. oder 8. April (das Datum stimmt nahezu) nach Berlin, in dem Glauben, meine Freundin anzutreffen. Diese war verreist. Deren Vater lud mich ein, aber ich ging in das Hotel „Dresdener Hof", wo nur Damen logirten. Die Freundin kam und ich schlenderte mit ihr herum. Ich wollte Ostern nicht nach Hause fahren, weil ich fürchtete, mein Mann könnte mir nachgefahren sein. Ostern am Abend wurde es mir schlecht, ich legte mich ins Bett, das Hotelmädchen

Digitized by Google

blieb bei mir. Zweite Ostern schrieb ich einen Brief nach Hause, dass ich in einigen Tagen käme. Ich ging am Nachmittag zum Bahnhof, um einen Brief mit dem Zuge nach Hause zu befördern. Unten begegnete mir mein Mann im Wartesaal. Er umfasste mich und sagte „Kleine komme nun mit!“ Er fragte, wo ich sei, und ich sagte „Das brauchst Du nicht zu wissen“. Er führte mich auf mein Hotel zu, und wie ich heraufkomme, steht die Mama im Zimmer. Die waren in Sorge gewesen. Der Mann sagte, ich solle nicht Alles sagen, sie ist ja so aufgeregt. Ich erzählte dann einige Punkte. Er wollte bei mir im Zimmer bleiben. Die Mama untersagte es. Er war empfindlich und ging in ein anderes Hotel. Dann haben wir uns nicht mehr gesprochen. Nun sollte zurückgefahren werden, um die Sachen aufzuschreiben. Ich dachte, wenn wir nur erst da sind, bleiben wir wieder zusammen. Wir fuhren Abends ab, der Mann im selben Zuge. Wie wir nun in X. bei Bekannten sitzen, kommt mein Mann herein, der nicht wusste, dass ich da sei. Er ging dann fort. Nach Verabredung trafen wir uns um 6 Uhr. Der Mann wird unangenehm und sagte, die Mama solle abreisen, wir wollten wieder das alte Leben anfangen. Es war mir lieber, dass die Mama wieder abreiste. Sie reiste ab. Abends liess mein Mann mich am Bahnhof sitzen, ohne seine Zeche zu bezahlen, indem er einmal herausging. Er war mit der Schwiegermutter — seiner Mutter — gegangen. Zu Hause war Alles verschlossen, es war Alles hell. Ich rief und klingelte. Es kam Niemand. Ich hörte laut sprechen. Ich sah von der Treppe gegenüber, dass zwei auf und abgingen. Ich setzte mich hin, ich hatte kein Geld. Ich blieb die Nacht draussen auf der Treppe. Am andern Tag ging ich in ein Hotel und schrieb nach Hause. Mein Bruder schickte Geld und schrieb, die Sache würde dem Anwalt übergeben. Nach zwei Tagen ging ich um 6 Uhr nach Hause. Es machte Niemand auf. Weil ich nun furchtbar klopfte, kam er heraus. Da hörte ich, wie Jemand sagte, dass er die Thüre abschliessen solle. Er sagte, sie habe hier nichts mehr verloren, er habe Jemand, der Haus halte. Da schlug ich mit aller Gewalt in die Corridorscheiben, dass Alles trümmerte. Da sagte er drinnen, „Mutter beruhige Dich nur, die ist ja verrückt“. Wie ich hereinkam, stand er mit dem Stocheisen da. Da war ich aufgeregt und hatte mir vorgenommen, ihn ins Gesicht zu schlagen. Die Schwiegermutter wollte um Hülfe rufen. Ich wurde schwach, ich merkte, dass ich nichts sah, ging hinaus, ging mit der Wirthin mit. Ich zog dann vom 6. oder 7. Mai bis zum 18. oder 16. Juli zu einer Familie. Da war ich meist krank, hatte Blutbrechen. Ich ging häufig zum Kirchhofe. Eines Tages hatte mein Mann auf mich gewartet. Ich sagte ihm, wir sind quitt. Nach dem grossen Blutverlust habe ich einige Tage Niemand gekannt. Es hiess, ich sei todt. Da kam er hin, gab Geld. Ich kannte ihn nicht. Er soll fürchterlich gejammert haben. Ich sollte ins Bad gehen, ging aber nicht, sondern zog zu einer Frau F., wo ich vom 16. Juli bis zum 22. September blieb. Nach einigen Tagen — ich war nicht wohl und hatte ein ge-

Digitized by Google

schwollenes Gesicht — gegen ½10 Uhr, ich schlummerte schon, hörte die Frau Kläffen der Hunde und wie sie das Fenster aufmacht, sieht sie zwei Personen aus der Thüre gehen. Der eine fragte nach mir, ob ich zu Hause wäre, ich wäre mit einem Herrn im Theater gewesen, der Andere beschwöre es. Auf ihre Aufforderung, sie sollten gehen, ich sei zu Hause, widersprach er, da musste ich mich am Fenster zeigen, rief den Namen meines Mannes, sah aber Niemand. Da ging die Frau herunter. Er sagte zu ihr, er habe eine Person gesehen, es sei aber nicht seine Frau. Seitdem hat er mich schlecht behandelt, wo er mich sah. Mein Bruder holte mich am 28. September ab, da bin ich mit nach Hause gereist. Es wurde nun von meinen Angehörigen die Scheidung betrieben. Mein Mann wollte sich erst nicht scheiden lassen. Ich wollte es zunächst auch nicht. Zum Termin am 9. November kam ich zu spät.“ Sie weiss nicht, dass sie von ihren Eltern weggegangen ist, um sich in einem Hotel einzumiethen, auch nicht, dass sie glaubte, ihre Schwiegermutter sei gestorben, und sich schwarze Kleider anschaffte. Sie erinnert sich nicht der Einkäufe und, dass sie eine Wohnung in Berlin miethete.

Es wird ihr eine Bescheinigung, dass sie innerhalb vier Wochen katholisch werden und in ein Kloster eintreten würde, vorgelegt, sie bestreitet, dass sie dieselbe unterschreiben würde, wird durch Handschlag hypnotisirt und unterschreibt ohne Zaudern.

Um 4 Uhr hat die Warze sich vorgewölbt und ist weiss berändert. Zwischen 5 und 6 Uhr hatte Pat. zwei Anfälle, die Augen halb offen, Strabismus convergens, die Sternocleidomastoidei gespannt, die Arme kreuzweise übereinander, starr, dass sie sich nicht auseinander nehmen liessen, das linke Bein lag über dem rechten, Puls 92, Athmung verlangsamt und tief.

20. Mai. Die Nacht hat sie wegen Unterleibsschmerzen nicht geschlafen. Derentwegen ist sie heute im Bett geblieben, da sie sich nicht aufsetzen kann, ohne Schmerzen zu empfinden. Die Schmerzen sind im ganzen Leibe verbreitet, strahlen bis zur Brust auf und nach dem linken Unterschenkel und kommen ruckweise. Der Leib ist auf Druck schmerzempfindlich.

Es findet sich eine gefühllose Zone links an der Stirne und an der linken Nasenseite. Durch Transfert wird das Gefühl hervorgerufen, was auch für die Nadel der Wärterin besteht. Patientin will keinen Grund für die Anfälle wissen und lehnt es ab, dass die gestrige Erzählung sie angegriffen hätte. Sie wird hypnotisirt, indem ihr gesagt wird, sie werde einschlafen, wie ich meine Hand ihr auf den Kopf lege, die Suggestionen erstrecken sich auf die Schmerzen, die angeblich seit dem 16. schon bestehen sollen, auf allgemeines Wohlbefinden, heitere Stimmung, Ausbleiben der Krämpfe, ungestörtes Functioniren der Sinnesorgane und Wegbleiben von Selbstmordgedanken. Und da sie angab, sie habe gestern viel an ihr Kind denken müssen und sei vielleicht dadurch gemüthlich erregt gewesen, wird ihr gesagt, sie dürfe nicht mehr daran denken. Sie hatte vorher

Digitized by Google

angegeben, dass sie keinen Appetit habe. Nun wird ihr eingeredet, dass sie nach dem Erwachen regen Appetit verspüren und gleich nach der Semmel greifen würde. Dies geschah, aber sie legte die Semmel sofort wieder hin, weil sie es für unschicklich hielt, zu essen, während ich mich mit ihr beschäftigte. Die Schmerzen waren verschwunden, die Unterleibsgegend aber auf Druck empfindlich, die Sensibilität überall vorhanden.

Sie stand gegen 11 Uhr auf, ½1 Uhr wurde es ihr schlecht, sie bekam wieder Unterleibsschmerzen, die noch Nachmittags 4 Uhr, als sie zu einer Besprechung ins Aerztezimmer gerufen wurde, andauerten. Sie hatte Frösteln, der Kopf war ihr wie umgedreht. Sie hatte seit einer Stunde Ausschlag mit Jucken (Urticaria). Mittags hatte sie keinen Appetit gehabt und sich um ½3 Uhr wieder hingelegt. Bei der Besprechung erinnert sie sich verschiedener Vorkommnisse in der Vaterstadt, so der Bestellung der Trauerkleider, des Verlobungskuchens nicht (auch nicht in der Hypnose). Wohl fiel ihr ein, dass sie in einem Hotel kochen lernte, sie weiss aber nicht, ob sie den ganzen Cursus durchgemacht hat, erinnert sich indessen, dass sie eine Wirthschafterinstelle antreten wollte, was sie früher nicht wusste. In der Hypnose weiss sie, dass sie dreimal in Berlin gewesen ist. Sie gedenkt ferner der Verpflichtung, die sie auf der Bescheinigung übernommen, und es wird ihr klar gemacht, dass sie dieselbe nicht ausführen dürfte.

Da nun schon wiederholt beobachtet war, dass sie, wenn ihr in der Hypnose gesagt wurde, sie werde erwachen, wie sie beim Gehen an einen Gegenstand anstosse, nicht erwachte, aber in einen anderen hypnotischen Zustand geräth, wird auch dieser hervorgerufen, um zu erfahren, ob sie dann eine Erinnerung an die aus dem Gedächtniss verschwundenen Thatsachen hat. Sie läuft auf Geheiss gegen einen Schrank, wird gefragt, ob sie wach sei, sagt nein, giebt an, seit ihrer Verheirathung dreimal in Berlin gewesen zu sein, kennt ihren Geburtstag nicht, weiss nicht, welches Jahr wir haben. Sie sieht sich um, meint, es sei ihr Alles so neu, sie weiss nicht, wie sie hierhergekommen ist, weiss nicht, dass wir uns schon lange unterhalten haben und von ihrer Wirthschafterinstelle u. s. w. gesprochen haben. Sie erinnert sich nicht der Bestellungen. Nun werden ihr die Augen zugedrückt mit der Weisung, sie solle schlafen und sie giebt prompt an, sie sei 1865 geboren, es sei heute der 20. Mai 1891. Neben den immer wieder gegebenen Heilsuggestionen wird das Verschwinden der Schmerzen, der Urticaria befohlen und die Anwendung des angeblichen Glüheisens auf die Warze wiederholt. Es sei hier gleich vorweggenommen, dass auch späterhin diese Suggestion des Glüheisens wiederholt wurde, aber niemals eine deutlich ersichtliche Wirkung hatte, die Warze lockerte sich nur etwas auf, wölbte sich vor, verschwand aber nicht. Ferner wurde ihr schliesslich gesagt, es würde ihr bei meinem Abendbesuche der Gedanke kommen, mir die Hand zu reichen und sie würde dies ausführen. Am Abend hatte Patientin vor, demgemäss zu handeln, da ich aber nicht bei

Digitized by Google

ihr vorüberging, fand sie den Gedanken lächerlich und erklärte, sie habe darüber lachen müssen.

21. Mai. Sie will in der Nacht wenig geschlafen haben, da sie Schmerzen hatte. Morgens 9 Uhr stand sie auf und ging dann in den Garten. Die Schmerzen können also nicht besonders stark sein. Die Unterbauchgegend ist auf Druck empfindlich. Ihrer Angabe nach hat sie wenig Appetit. Es wird ihr nun in der Hypnose suggerirt, dass ihre Schmerzen, nachdem sie die Treppe erstiegen und oben angekommen ist, von selbst verschwinden und dass sie gleichzeitig wach werden wird. Sie erscheint oben nicht völlig wach und wird durch „nun werden Sie wach!" erweckt. Nachdem die Behandlung des Vaginalkatarrhs seit dem 5. d. Mts. unterbrochen war, wird heute in der Hypnose eine erneute Untersuchung vorgenommen. Sie setzt sich auf den Stuhl mit der Weisung, sich hintenüberzulegen, sie werde dann sofort einschlafen, und schläft gleich ein. Sie erklärt nun, die Unterleibsschmerzen rührten von einer Erkältung her, da sie die Unterbeinkleider nicht angelegt hatte. Der Vaginalkatarrh ist noch heftig, die Anusfissur am heilen. Es wird nicht verfehlt auch letztere Leiden mit Suggestionen zu bedenken, ohne sich davon viel zu versprechen, Es wird bestimmt, dass die Anusfissur, welche überhaupt keine Beschwerden mehr macht, morgen heil sei und der Vaginalkatarrh unter der örtlichen Behandlung mit Acet. pyrol. crud. in acht Tagen schwinden soll. Sie wacht durch Zuruf, dass sie aufwachen solle, auf und sieht sich erstaunt um, als sie mich nicht sieht, da ich aus dem Zimmer herausgegangen bin.

Es wird nun festgestellt, dass die Gegend um das linke Ohr und dieses selbst gefühllos ist. Durch Hervorrufen einer Anästhesie in der entsprechenden rechten Stelle, wird die vorgenannte fühlend und bleibt es auch, als die rechte wieder fühlend suggerirt wird. Das linke Ohr ist auf Druck schmerzempfindlich. Dies wird wegsuggerirt. (Die geschilderten Verhältnisse bestehen auch für die Wärterin).

Patientin wird darauf von neuem in Schlaf versetzt. Sie erklärt zwar, sie wolle nicht schlafen, aber nichtsdestoweniger tritt sofort auf Zählen bis 3 die Hypnose ein. In dieser werden sämmtliche Heilsuggestionen wiederholt und sie dazu bestimmt, Nachmittags 2 Uhr pünktlich im Aerztezimmer zu erscheinen, um zu melden, dass sie sich wohl befinde. Sie erwacht auf 3 munter und guter Stimmung. Nachmittags 2 Uhr erschien sie pünktlich und sagte „ich muss Ihnen doch melden, Herr Doctor, dass es mir wohl geht". Sie wird zur Demonstration durch 1, 2, 3 hypnotisirt und schreibt, dem entsprechenden Lebensalter, in dem sich zu befinden ihr eingeredet wird, gemäss „ich heisse Anna" mit $5^1/_2$ Jahren langsam und unbeholfen kleine Buchstaben, für spätere Jahre schnell mit grossem Anfangsbuchstaben. Als ihr gesagt war, sie sei 26 Jahre alt, erkannte sie das vorher Geschriebene nicht als von ihr gefertigt an. Die auf ein weisses Blatt suggerirte Photographie fand sie richtig heraus. Es

Digitized by Google

wird ihr ferner eingeredet, dass sie nach dem Aufwachen im Zimmer keine Thüre finden würde; es wird bis 3 gezählt, sie sieht sich verstört um, als sie herausgehen soll. Als ihr aber nun bestimmt gesagt wird „wachen Sie auf!“, sieht sie die Thüren wieder. Wie sie angefasst wird oder die Hand ihr auf den Kopf gelegt wird, sieht sie auf einer weissen Fläche Bilder. Später war sie leicht verstimmt darüber, dass sie den Auftrag vollzogen hatte und zerbrach sich den Kopf darüber, wie ihr so etwas einfallen konnte. Am Abend hatte sie, nachdem sie zu Bett gegangen war, einen Anfall.

22. Mai. Sie schlief Nachts schlecht und meinte, sie habe Nachts einen Anfall gehabt. Sie fühlte sich heute Morgen so komisch, als wenn sich Alles drehe. Vormittags gab sie dann an, dass es ihr leidlich gehe, nur schmecke es ihr nicht besonders und werde es ihr hinterher übel. Die Hypnose tritt der Bestimmung gemäss ein, wie sie auf dem Untersuchungsstuhl liegt. Die Frage der Wärterin, ob sie schlafe, beantwortet sie mit „ja“. Es werden die Heilsuggestionen gegeben und mit Nachdruck gefragt, wie es komme, dass trotz aller Gegenbestimmungen wieder ein Anfall eingetreten sei, worauf sie nichts anzugeben weiss. In der Warze, welche sich lockert, will sie fortwährendes Brennen verspüren.

Mittags hatte sie einen kurzen Bewusstseinsverlust. Da nun befürchtet wurde, dass die Schlafsuggestion aufgehoben sei, wurde am Abend die Hypnose wiederholt wie am Vormittag. Danach fiel gleich eine eigenthümliche Stimmung auf. Sie ging schleunigst auf ihr Zimmer, war hinterher traurig, wollte sich hinter die Betten legen, weinte, ging zu Bett, war dann bewusstlos und hielt sich mit der rechten Hand die Brust in der Herzgegend. Mit dem Schlag 9 Uhr kam sie zu sich, klagte, sie habe Herzkrämpfe gehabt und fing an zu weinen. (Es sei angemerkt, dass die Suggestionen mit wenig Freudigkeit von meiner Seite, wenn auch eingehend gegeben worden waren, da ich abgespannt war.)

23. Mai. Patientin hat bis $^1/_2$2 Uhr geschlafen, dann Nasenbluten bekommen, wie sie angiebt, und nicht mehr einschlafen können. Heute Morgen ist die Stimmung leicht gedrückt. Sie meint, es beherrsche sie seit einigen Tagen eine Bangigkeit, über die sie sich nicht Rechenschaft geben könne; es kämen ihr immer so traurige Gedanken. In der Hypnose (zur vaginalen Behandlung) meint sie, sie fühle sich leidlich, und es wird ihr gesagt, sie müsse sich ganz wohl fühlen, habe allen Grund zu guter Stimmung, die traurigen Gedanken seien verbannt, die Herzkrämpfe dürften nicht wiederkehren, sie werde Nachts schlafen. Sie wird aufstehen geheissen, gefragt, was sie für traurige Gedanken habe, sagt „allerlei“, führt Nichts an, blickt weg, als sie mich ansehen soll, wird mit geschlossenen Augen zum Zimmer herausgeführt und durch Zählen bis 3 geweckt. Sie erklärt nun, sie sei nicht mehr bange, erscheint heiter und meint nur, wenn doch die traurigen Gedanken wegblieben.

24. Mai. Sie hat Nachts wegen Schmerzen im Kopf und der linken

Digitized by Google

Seite nicht geschlafen. Dieselben haben Vormittags aufgehört. In der Hypnose, welche zur vaginalen Behandlung zunächst noch täglich hervorgerufen wird, wird besonders auf Schlaf hingestrebt. Am Abend war sie sehr guter Stimmung und sang.

25. Mai. Der Schlaf war durch den Traum, dass ihre Mutter gestorben sei, gestört. Auch glaubt sie einen Anfall gehabt zu haben, da sie mit Schmerzen in der linken Seite wach wurde. Vormittags wird die Hypnose wie gestern angewendet. Sie liest heute früh nicht auf die gewöhnliche Entfernung wie sonst und wie mit dem rechten Auge. Dies wird durch Transfert wieder beigebracht.

Nachmittags um 4 und 6 Uhr hatte sie je einen Anfall, sie griff dabei nach dem Herzen und hatte Herzensangst.

26. Mai. Sie hat Nachts schlecht geschlafen, weil sie träumte, sie sei in Pyrmont, da habe sie ein todtes Pferd liegen sehen, man habe ihr zugerufen, sie solle die Augen schliessen, und sei darüber gefallen. Dies erzählte sie in der Hypnose, in der die gewöhnlichen Heilsuggestionen gegeben wurden. Darin befragt, wie lange das Unterleibsleiden noch zur Heilung bedürfe, sagt sie drei Tage und als ihr vorgestellt wurde, dass ein kleiner Hautwulst neben dem Anus am besten entfernt würde, entgegnete sie nein, sie habe Angst und die nun schmerzlos suggerirte Gegend blieb auf Druck und Nadelstiche empfindlich. Auch nachher will sie von der kleinen Operation nichts wissen.

Das Befinden war den Tag über ein leidlich gutes. Es hat sie nur eine geschäftliche Mittheilung in der Zeitung unangenehm berührt.

27. Mai. Heute früh ist die linke Gesichts- und Halshälfte gefühllos und wird durch Transfert wieder fühlend. Um 10 Uhr wird zur Hypnose geschritten: Es wird ihr gesagt, sie würde auf 3 einschlafen. Da sie noch vor dem Untersuchungsstuhl steht, wird gezählt, sie schläft aber nicht ein, steigt herauf und lacht, als sie sich hingesetzt hat. Nun muss sie herunterkommen und sich auf einen gewöhnlichen Stuhl setzen. Sie muss mich ansehen, ich sage ihr, sie sei müde, sie schlafe ein, und schläft sofort ein. Während sie vorher glaubte, dass die Wärterin mir den gestrigen Traum erzählt habe, giebt sie nun an, dass sie selbst ihn mir erzählt hat, und sagt aus, dass sie die letzte Nacht öfter aufgewacht und den angenehmen, aber leider nicht der Wirklichkeit entsprechenden Traum gehabt habe, dass ihr Mann bei ihr gewesen sei. Sie steigt nun auf den Stuhl, wird mit Acet. pyrol. behandelt, und es gelingt leicht die Gegend des rechten Gesässes gefühllos zu suggeriren, nicht aber den Damm. Es werden die Heilsuggestionen wiederholt. Als sie auf Geheiss die Augen aufmacht, ist die rechte Pupille weiter, wie die linke, beide etwas über mittelweit. Auf „Guten Morgen" wacht sie sofort auf.

28. Mai. Es war mir gestern aufgefallen, dass Patientin vor der Hypnose erklärte, in zwei Tagen sei das Unterleibsleiden nach meiner Bestimmung geheilt, und ähnliche Angaben machte, die sie sonst nur in der

Digitized by Google

Hypnose wusste. Es stellt sich nun heute heraus, dass sie gar nicht weiss, dass ich gestern mit ihr gesprochen habe und dass sie Vormittags im Garten gewesen ist. Sie wurde nun durch die Frage „Sie sind doch nicht wach?“ in einen Zustand versetzt, der augenscheinlich auf Autosuggestion beruht. Darin erinnerte sie sich der gestrigen Vorgänge genau und bescheinigte auch schriftlich, dass sie mit mir gesprochen. Während sie sonst in der Hypnose mit festen Zügen schreibt, drückt sie dieses Mal nur schwach auf, so dass die Schrift sehr blass erscheint und führt die Hand in eigenthümlicher Weise im Bogen. Angeblich hat sie früher einmal so geschrieben, aber es in letzter Zeit nicht mehr fertig gebracht. In diesem Zustande giebt sie an, sie sei 32 Jahre alt, 1859 geboren, kennt einen bekannten Herrn und die laufende Jahreszahl nicht.

Vordem dieses festgestellt wurde, war sie in Hypnose über ihren Traum der letzten Nacht ausgefragt worden und ihr ein Frösteln oder vielmehr ein eigenthümliches Gefühl auf dem Rücken, als wenn ihr Jemand Wasser heruntergiesse, leicht beseitigt worden.

Es wird ihr nun mitgetheilt, dass wir im Besitze der Ehescheidungsakten sind. Sie erinnert sich angeblich vieler Thatsachen nicht, deren sie angeschuldigt wird. Ebenso wenig jetzt wie in der Autohypnose weiss sie etwas von der Miethe einer Wohnung in Berlin und in ihrem Wohnort.

In einem Briefe, den sie heute abgab, findet sich eine Stelle, wie sie ähnlich in der Hypnose suggerirt war: „Wir wollen getrost in die Zukunft blicken, zwar habe ich es mir vorgenommen nur immer mit der Gegenwart zu rechnen, somit soll auch gleichzeitig gesagt sein — die Vergangenheit mit seinen grossen und kleinen Schattenseiten und Unannehmlichkeiten zu quittiren, somit also ein neues Leben zu beginnen“. Gleich, nachdem ich sie Vormittags verlassen, hat sie längere Zeit geweint. Bei dem Abendbesuch sass sie hinter dem Ofen und starrte vor sich hin. Sie war wieder in einem autohypnotischen Zustande, gab befragt an, sie sei 32 Jahre alt, 1859 geboren und wusste, dass ich sie gestern besucht hatte. Sie wird geweckt, dann von mir in Hypnose versetzt und ihr gesagt, dass sie es fernerhin nicht fertig bringe, sich in diesen Zustand zu versetzen und dass Niemand denn ich sie einschläfern könne.

29. Mai. Sie konnte gestern Abend zwar schwer einschlafen, habe nachher aber ziemlich gut und ohne zu träumen geschlafen. Sie sieht heute ernst aus, erklärt sich aber nicht näher. Es besteht Schmerz im linken Arm und linker Kopfhälfte, welche ebenso wie Schmerz in einem hohlen Zahn durch einfaches Streichen verschwinden. In der auch zwecks der vaginalen Behandlung eingeleiteten Hypnose, welche sofort auf Aufklopfen mit dem Schlüssel, wie vorher bestimmt wurde, eintrat, gab sie an, die gestern aus den Ehescheidungsakten erwähnten Thatsachen stimmten sie nachdenklich und ernst. In der Hypnose wusste sie sofort, dass ich vorgestern mit ihr gesprochen hatte, vorher nicht. Es wird auf sie einge-

Digitized by Google

redet, sie solle durch die Vergangenheit einen Strich machen und nur der Gegenwart leben, und dies durch Gründe erläutert. Am Abend gegen ½6 Uhr schlief sie im Garten wieder ein, nachdem sie sich vorher über Redereien Anderer geärgert hatte. Sie taumelte nachher herum und frug „wo ist mein Bruder? ich will ihn sehen". Sie wurde um 6 Uhr von mir durch „Wachen Sie auf!" geweckt, wusste nicht, wie sie aus dem Garten nach oben gekommen war, wollte den Grund für den Aerger nicht angeben, sagte dann in Hypnose aus, was die Betreffenden gesagt hatten, und es wurde ihr nun untersagt, durch gemüthliche Erregungen in den Schlafzustand zu gerathen. Nachher hat sie sich mit Lesen unterhalten.

30. Mai. Die Nacht hat sie gut geschlafen. Sie ist heute guter Stimmung, weiss, dass ich gestern Abend noch zu ihr gekommen bin, erinnert sich aber nicht, ihren Bruder gesucht zu haben.

Am Nachmittage schlief sie gegen 4 Uhr wieder ein. Die Oberwärterin konnte sie rütteln und fragen; es nutzte nichts. Später fing sie an von ihrem Vater u. ähnl. zu plappern. Am Abend um 6 Uhr sass sie da, sah starr vor sich hin, fragte ängstlich, warum sie hier im Centralgefängniss sei, sie wisse doch keinen Grund; sie kannte mich nicht und gab wieder vor, 32 Jahre alt zu sein. Mit Mühe von mir geweckt, fand sie sich wieder zurecht, gab ihr Alter auf 26 Jahre an und wusste, dass sie sich in der Irrenanstalt befindet. Sie hatte leichten linksseitigen Kopfschmerz, der verschwaud, wie ich sagte, er sei fort. Das Gefühl war links im Gesicht und am Hals verschwunden, liess sich auch mit Transfert nur stellenweise hervorrufen, trat aber sofort in der Hypnose wieder ein, wo ihr noch gesagt wurde, sie würde guter Dinge sein und Nachts gut schlafen. Am Abend hat sie gesungen und sich wohl gefühlt.

Sie hat schon längere Zeit die Gepflogenheit, starr vor sich hinzusehen und erklärt, sie könne nicht dafür, dass sie so viel denken müsse.

31. Mai. Sie hat die Nacht ziemlich gut geschlafen, indessen auch geträumt, dass sie zu Hause lustig waren und dann ihr Bruder ertrunken nach Hause gebracht wurde. Um ¾7, ½8 und 9 Uhr hatte sie leichte Anfälle, wobei das Bewusstsein fehlte und die Hände krampfhaft geballt waren. Danach blieb sie im Bett, klagte Uebelkeit und ein Gefühl von Drehen beim Aufrichten. Es wird ihr von mir einfach gesagt, das sei nicht mehr und es gehe ihr gut. Gleich ist die Stimmung besser und Aufsitzen gelingt. Das Gefühl fehlt ihr wieder in der linken Seite ausgenommen am Kopf. Transfert an einzelnen Stellen gelingt leicht und besteht auch bei Prüfung durch die Wärterin; im Ganzen wird das Gefühl dadurch wieder hergestellt, dass erklärt wird, es sei wieder vorhanden. Auch bei der Prüfung der höheren Sinnesorgane ergab sich dann keine Störung, da dieselbe gleichzeitig ausgeschlossen wurde. Sie wird vermocht aufzustehen, da ich erkläre, sie könne es ohne Beschwer, und folgt zum Untersuchungszimmer, wo sie hypnotisirt wird. Sie erzählt nun sofort den Traum, wovon

Digitized by Google

sie vorher nicht sprechen wollte. Die Suggestion ging besonders dahin, dass die Schlafzustände und Krämpfe ausbleiben sollten. Der Vaginalkatarrh hat sich bedeutend gebessert, das Ulcus an der Portio vaginalis sehr verkleinert. Nachdem sie vom Untersuchungsstuhl heruntergeführt ist, wird sie auf einen Stuhl sitzen geheissen. Es wird ihr mit einem Handtuch über die Stirn gestrichen, sie macht die Augen auf, ist aber nicht wach und giebt an, 32 Jahre alt, hier in der Irrenanstalt zu sein, kennt mich, und bleibt auch dabei, 32 Jahre alt zu sein, nachdem ihr gesagt war, sie solle wieder fest schlafen. Sie wacht sofort auf, als ihr dies geheissen wird. Sie wusste in der Hypnose nichts von dem, was gestern in dem von selbst eingetretenen Schlafzustande vorgegangen war, dass sie z. B. geglaubt hatte, im Centralgefängniss zu sein.

1. Juni. Patientin hat sich gestern gut befunden, die Nacht geschlafen, fühlt sich auch heute wohl.

2. Juni. Gestern war das Befinden gut, doch gab sie am Abend an, dass es ihr einmal schwarz vor den Augen geworden sei und sie Flimmern bekommen habe, als eine Andere viel auf sie eingeredet habe. Es wurde ihr, da das Gefühl links am Kopf und am Ober- und Unterarm fehlte, dieses durch Transfert und Suggestion wieder beigebracht und ihr auch ohne Hypnose gesagt, das von nun an das gute Befinden andauere, und dass ich überzeugt sei, sie werde gut schlafen.

Heute Morgen blieb sie im Bett liegen und wie die Wärterin um 9 Uhr nach ihr sah, schlief sie wieder. Dieselbe wollte sie wecken. Es gelang ihr nicht. Patientin fing dann an zu schwatzen, als wenn sie ihren Bruder im Französischen unterrichtete. Als ich zu ihr kam und sie anherrschte, sie solle mich ansehen, schlug sie die Augen auf. Sie glaubte, sie sei zu Hause bei den Eltern und hätte vor, zur Reutervorlesung zu gehen. Mich erkannte sie richtig, die Wärterin nannte sie „unser Mädchen Agnes". Auch diesmal wusste sie nicht, dass sie vorgestern behauptet hatte, im Centralgefängniss zu sein. Es werden ihr nun die Thatsachen aus der Ehescheidungssache vorgehalten, sie leugnet, etwas zu wissen, und bestreitet auch, dass sie vier Nächte habe draussen kampiren müssen, was sie früher erzählt hatte. Sie giebt zu, dass sie oft lange bis 1 Uhr Nachts ausgewesen sei, weil sie auf ihren Mann gewartet habe. Sie giebt weiter auf Befragen an, dass sie ihrem Bruder die Lection abgehört habe und dass sie 32 Jahre alt sei. Ich sage ihr nun nachdrücklich „Wachen Sie auf!" und sie ist wieder bei sich, weiss, dass sie in sechs Wochen erst 26 Jahre alt wird und sagt „ach, ist mir heiss! es ist mir, als wenn ich einen Kacheltopf im Kopfe hätte". Ihr Gesicht ist geröthet. Auch jetzt giebt sie zu, dass sie oft bis $^1/_2$12 und 1 Uhr Abends aus gewesen ist. Sie ist aber entrüstet über die Beschuldigung der Untreue.

Um 11 Uhr wird sie in Hypnose versetzt. Es findet sich heute schon im Antrum eitriges Secret, dann dicklich eiterig-schleimiges an der Wand der Vagina, und aus dem Orificium externum ergiesst sich viel eiterige

Digitized by Google

Masse und hinterher ein fadenziehender heller Schleim. Die Portio vaginalis ist immer noch oberflächlich erodirt, in derselben befinden sich kleine Cystchen. Mit der Behandlung mit Acet. pyrolignosum wird fortgefahren. Es wird ihr verwiesen, dass sie wieder in den Schlafzustand gefallen. Sie erklärt übrigens auch jetzt, sie sei 32 Jahre alt, verbessert sich aber mit meiner Nachhülfe. Es werden dann die gewöhnlichen Suggestionen und besonders die gegeben, dass sie sich durch die Mittheilnngen aus den Akten nicht die Stimmung beeinträchtigen lasse.

Am Nachmittage werden die Akten eingehend mit ihr durchgenommen. Es sei nur bemerkt, dass sie von der eigenen Klageschrift nichts weiss. Die Folge der Besprechung war, dass sie sehr verstimmt wurde und ihren „armen Mann" bedauerte. Es wird ihr daher vorgeschlagen, sie solle sich zu Bett legen, sie werde sofort (es war 4 Uhr) die Augen zumachen und einschlafen, und zwar so sicher, wie sie sich jetzt nicht von der Stelle rühren könne, wenn ich es nicht wolle. Sie kam nicht vom Fleck und wird gehen geheissen mit der Bemerkung, ich würde sie um 6 Uhr wecken. Sie schlief auch richtig ein, fing gegen 5 Uhr an zu plappern, als wenn sie zu Hause wäre, sagte, die Kartoffeln kochten, redete mit dem Dienstmädchen Agnes, wurde um 6 Uhr durch „Werden Sie wach!" geweckt und stand auf Geheiss sofort auf.

3. Juni. In der Nacht war sie durch das Geschrei einer melancholischen Kranken wach geworden und hatte Weinkrämpfe bekommen, von denen sie heute Morgen nichts weiss. Sie blieb zu Bett und hatte Vormittags drei Anfälle (mit Herzkrampf) von kurzer Dauer und schlief um 9 Uhr ein. Um $^3/_4$10 Uhr von mir mit „Wachen Sie auf!" geweckt, steht sie auf, nachdem ihr gesagt ist, sie könne aufstehen, es gehe, denn die Uebligkeit, welche sie heute früh am Aufstehen hinderte, sei nicht mehr vorhanden. Sie erscheint befangen und kommt mit zum Untersuchungszimmer. Hier fahre ich ihr mit dem Schlüssel über den Nasenrücken, wie sie sitzt, und sie macht die Augen zu. Der Aufforderung, aufzustehen und mich anzusehen, kommt sie nach. Sie beantwortet die Frage nach ihrem Alter nicht, glaubt, sie sei zu Hause, die Wärterin sei ihr Dienstmädchen, kennt mich nicht. Die Frage, ob ich ihre Schwester sei, verneint sie. Auf die Frage „Bin ich nicht der Justizrath aus X., haben Sie nicht einen Brief — es befindet sich in den Ehescheidungsakten ein derartiger Brief — an mich geschrieben zur Beschleunigung des Ehescheidungsverfahrens?" sagt sie „ja Sie sind der Landgerichtsrath K., und nun giebt sie zu, dass sie ihrem Rechtsanwalt erklärt habe, sie wolle auf Grund der Misshandlungen von Seiten ihres Mannes geschieden sein, und weiss, dass sie Gegenklage erhoben hat. Sämmtliche Angaben der Anklageschrift leugnet sie bis ins Einzelne. Es wird ihr nun vorgestellt, dass die Folgen des nächtlichen Schrecks vorüber sind, dass die Krämpfe nicht wiederkehren dürfen u. s. w. Auf „Wachen Sie auf!" wird sie sofort wach.

Sie wird nun wieder eingeschläfert durch „Sie schlafen sofort ein, Sie

Digitized by Google

schlafen fest und gut und fühlen sich recht wohl!" Jetzt giebt sie an, in der Irrenanstalt zu sein, sie sei nahezu 26 Jahre alt. Es wird nun auf die Unterredung von gestern Nachmittag eingegangen und sie gefragt, ob sie sich daran erinnere. Sie bejaht es und ich sage ihr nun, ich würde ihr nur eine Frage vorlegen, die sie mir der Wahrheit gemäss beantworten müsse: „Haben Sie mir gestern in allen Punkten die volle Wahrheit gesagt, dass Sie sich der ganzen Anschuldigungen nicht bewusst sind?" Sie antwortet: „Ja, ich habe die Wahrheit gesagt, Alles ist mir räthselhaft". Der Aufforderung, es durch Auflegen der Hand aufs Herz zu betheuern, kommt sie sofort nach. Um sie zu beruhigen, wird ihr nun erklärt, dass sie sich die Vergehen, da sie dieselben in unfreiem Zustande begangen habe, nicht zu Herzen nehmen dürfe. Sie drückt sich ähnlich aus. Dann wird ihr wie vorher suggerirt, dass die Folgen des Schrecks vorüber sind, die Krämpfe ausbleiben, das Zittern nicht wiederkomme, die Sinnesorgane sämmtlich normal functioniren — eine sofortige Sensibilitätsprüfung ergiebt dies —, dass sie sich wohl fühlen und Nachts schlafen werde. Sie erzählt dann noch den Traum der letzten Nacht, in dem sie sich mit ihrem Verlobten am Zaun ihres Hauses unterhalten hat, über welchen sie nicht sprechen wollte. — Die Schleim- und Eiterabsonderung in der Vagina war nur gering, aus der Portio kam nur heller Schleim. Gewicht 58 kg.

4. Juni. Sie fühlte sich gestern wohl, hat die Nacht gut geschlafen, nachdem sie am Abend gesungen und Klavier gespielt hatte.

5. Juni. Auch gestern befand sie sich wohl, nur hatte sie Nachmittags 4 Uhr einen Krampfanfall (wurde steif). Nachts hat sie weniger gut, wie die vorige Nacht geschlafen, hat viel geträumt. Sie giebt an, dass sie vor dem Anfall Schmerzen, ausstrahlend von der linken Hüfte bis zum Knie, gehabt habe. Der Oberschenkel ist gefühllos, Druck auf die linke Unterbauchgegend schmerzhaft. Auf die Entgegnung, es sei nicht mehr, findet sich selbst auf tiefen Druck kein Schmerz mehr vor. In der Hypnose erzählt sie ihre Träume, es wird ihr erklärt, dass nun, nachdem der Druckschmerz in der linken Unterbauchgegend aufgehoben sei, auch die Schmerzen im linken Oberschenkel aufhören, dass derselbe wieder fühle und auf Druck nirgends schmerze und somit auch jede Veranlassung zu den Krämpfen gewichen sei. Sie gab nun an, dass auch das zweite Glied des linken Daumens auf Druck schmerze und von da her Schmerzen in den Ellenbogen ausstrahlen. Dies sowie ein Gefühl von Mattigkeit, Globus und Clavus werden mit Erfolg weggesprochen. Zuletzt sage ich ihr, dass ich eine Probe habe, festzustellen, ob sie mir wirklich betreffs der Punkte in den Ehescheidungsakten die volle Wahrheit gesagt habe; sie würde, wenn sie gelogen habe, nach dem Erwachen nicht vom Stuhl aufstehen können. Erweckt, springt sie sofort auf, während sie sonst noch sitzen blieb. Wieder sitzen geheissen, kann sie sich nachher ebenfalls erheben.

Ihrer Gesinnung giebt sie in einem Brief an die Mutter, in dem sie

Digitized by Google

um die Photographie ihres Mannes bittet, Ausdruck, indem sie schreibt, sie habe ihrem Mann und sich nichts vorzuwerfen.

Am Abend fühlt sie keinen Schmerz bei Druck auf den Leib; Druck auf den linken Daumen ist örtlich schmerzhaft, löst aber keine ausstrahlenden Schmerzen aus. Der örtliche Schmerz bei Druck wird ebenfalls wegsuggerirt.

6. Juni. Sie hat ziemlich geschlafen und fühlt sich wohl.

Nach Mittag legte sie sich hin und schlief ein. Später fing sie an zu reden, als wenn sie zu Hause wäre, sprach mit ihrem Mann und war von der Wärterin nicht zu erwecken. Als ich gegen 1/2 4 Uhr zu ihr geholt wurde, erklärte sie mir, sie wisse nicht, warum sie eingeschlafen sei, sie sei zu Hause, ich sei der Caplan X., liess sich aber klar machen, dass ich Dr. H. sei, und wachte auf Geheiss sofort auf. Da sie befangen erschien und die Sensibilität links völlig bis auf die Handfläche (der Fuss wurde nicht geprüft) aufgehoben war, so wurde sie hypnotisirt durch „Schlafen Sie sofort ein!“ Es wurde ihr untersagt, jeweils am Tage wieder einzuschlafen, erklärt, sie solle nur Nachts schlafen, das Gefühl wieder hergestellt und die Druckempfindlichkeit des linken Daumen, welche sich wieder eingefunden hatte, weggesprochen. Sie giebt nun ferner an, durch das Denken an den heutigen Tag als den Todestag ihres Kindes traurig gestimmt worden zu sein und sich schlecht gefühlt zu haben. Mit Berücksichtigung dieser Umstände wird ihr Wohlbefinden und gute Stimmung suggerirt. Nach dem Erwachen trifft Alles zu. Sie kommt nun auf ihren Mann zu sprechen, und ich frage sie, ob ich sie schon einmal auf die Probe betreffs ihrer Aussagen gestellt habe. Da sie nein sagt, erkläre ich ihr, sie solle die Hand aufs Herz legen und sie würde, wenn sie mir betreffs der Thatsachen in den Akten die Unwahrheit gesagt habe, die Hand nicht entfernen können. Sie kann sie wegnehmen, aber es macht ihr Mühe. Sie ist entrüstet über die Zeugenaussagen und meint, dann könne noch mehr vorgelegen haben, als geradezu ausgesagt wäre, sie wolle am liebsten Aufklärung über Alles schaffen. Es wird ihr aber bedeutet, dass sie die ganze Angelegenheit aus Gesundheitsrücksichten liegen lassen und vergessen müsse. Da sie erklärt, es sei ihr Vormittags bange gewesen (sie habe Heimweh gehabt), sie wäre am liebsten fortgelaufen, wird bezweifelt, dass sie ohne meinen Willen fortgehen könne. Sie verharrt dabei, und ich erkläre ihr nun, sie werde ohne meinen Willen keinen Schritt aus dem Zimmer thun. Ich war noch nicht lange fort, so schickte sie die Wärterin hinter mir her und liess mich rufen. Sie meint nun, wenn sie einen Schlüssel hätte, würde sie schon herauskommen. Ich bezweifele es und gebe ihr den Schlüssel, sie bringt ihn nicht ins Schlüsselloch und als er hineingesteckt wird, kann sie ihn nicht herumdrehen. Die Bewegungen bei den Versuchen waren ataktisch.

7. Juni. Sie hat sich gestern wohl gefühlt, hat die Nacht ziemlich gut geschlafen, aber auch hässlich geträumt. Als ich ihr (Vormittags 10 Uhr)

Digitized by Google

mit der Hand über die Stirne und Augen fahre, schläft sie ein, wird nun gefragt, ob sie fest, gut und angenehm schlafe, und giebt dies zu. Sie erinnert sich nicht, dass sie gestern von selbst eingeschlafen ist. Es werden ihr verschiedene schmerzhafte Druckpunkte unter der linken Brustdrüse und auf der Rückenwirbelsäule wegsuggerirt, und sie selbst giebt an, dass sie sich recht wohl befinde und sich freue, dass es ihr besser gehe. Es wird ihr wiederholt, dass sie am Tage nicht wieder einschlafen dürfe und dass sie nur von mir hypnotisirt werden kann. Sie wird erweckt durch Zählen bis 10, während sie sich den Mantel anzieht, und erwacht, wie sie gerade den Hut in der Hand hat, um ihn aufzusetzen. Da die Suggestion der Amnesie vergessen worden war, wird sie nochmals in Hypnose versetzt, und zwar im Augenblick, wie sie den Hut aufsetzt, und sie verharrt nun in der Stellung, den Hut über dem Kopf haltend, bis die Suggestion gegeben ist, und erwacht auf 3. Sie war in der Hypnose gefragt worden, ob sie in die Kirche gehen wolle, es könne ihr gewährt werden. Nach dem Erwachen ist das erste, dass sie frug, ob sie zur Kirche gehen dürfe.

8. Juni. Sie hat sich gestern gut gehalten, am Nachmittage Klavier gespielt und gesungen. Bei dem Abendbesuch war sie guter Dinge. Ich sagte ihr, sie würde nun den Tag gut beschliessen, und ich hätte die Ueberzeugung, dass sie auch Nachts gut schlafen würde. Sie hat Nachts ziemlich gut geschlafen.

Heute wurde sie gegen Abend zur Vorstellung hypnotisirt. Die Suggestion nach dem Erwachen einen der Herrn mit „Guten Abend, Herr General“ zu begrüssen, wurde unter feierlichem Knix ausgeführt. Hinterher wurde sie aber sofort über diese nicht zutreffende Begrüssung sichtlich verwirrt.

9. Juni. Sie hat die Nacht schlecht geschlafen, wenn auch nicht grade geträumt und erscheint heute früh traurig. Nach einer Vorstellung vor einem Collegen, wobei ihr auf Geheiss ohne Streichungen und ohne Einschläfern die Arme kataplectisch und der rechte gelähmt wurde, wurden ihr in der Hypnose die gewöhnlichen Heilsuggestionen gegeben.

10. Juni. Sie hat nach 4,0 Bromkalium die Nacht gut geschlafen. Das Bromkalium wird verabreicht, um sie von der Hypnose allmählich zu entwöhnen, und in der Voraussetzung, sie dadurch mehr einem natürlichen Schlaf entgegenzuführen. Es wird von nun an auch die vaginale Behandlung ohne Hypnose täglich fortgesetzt. Auf Zahnschmerz in Folge hohler Zähne erwies sich die gestrige Suggestion bis heute Mittag wirksam, wo sie erneuert wurde.

11. Juni. Sie hat nach 4,0 Brk. gut geschlafen.

12. Juni. Obschon gestern Vormittag der Eintritt der Menses (am Orificium uteri) bemerkt wurde, war die gewöhnliche Eingiessung von Holzessig gemacht worden. Dieselben wurden dadurch jedenfalls hingehalten und noch nicht sichtbar. Gestern Abend gegen 7 Uhr trat ein Krampfanfall auf, welcher von Schmerzen im Arm gefolgt war. Die

Digitized by Google

Nacht sollte sie ohne Brk. schlafen, erhielt aber 4,0, als sie nicht einschlafen konnte, und hat dann geschlafen. Es wird heute zunächst festgestellt, dass das Gefühl links im Gesicht verschwunden ist, von weiterer Untersuchung abgesehen und im wachklaren Zustand erfolgreich suggerirt, dass das Gefühl überall vorhanden ist. Dann werden die verschiedenen schmerzhaften Druckpunkte festgestellt (an der linken Unterbauchseite, am 2. Glied des linken Daumens, verschiedene links am Kopf, am Oberarm, am Rückgrat und unter dem Schulterblatt) und prompt wegsuggerirt. Ferner wird ihr gesagt, dass bis zum Mittag die Menses eintreten und damit die Krampfanfälle wegbleiben müssten, und äusserte ich meine Ueberzeugung dahin, dass sie die nächste Nacht ohne Einnehmen gut schlafen würde.

13. Juni. Gestern Abend hatte sie ein stark geröthetes Gesicht. Um sie allmählich einer geregelten Beschäftigung zuzuführen, wurde ihr vorgeschlagen, sie solle sich nach einem Stundenplan, den ich ihr machen würde, die Zeit regeln. Sie war ganz damit einverstanden, hat sich aber nachher darüber ausgelassen, sie sei kein Kind, dass man ihr einen Stundenplan mache, sie sei zur Erholung hier. Die Menses sind eingetreten und von ihr gestern Abend bemerkt worden. Die Nacht hat sie leidlich geschlafen.

Um 9 Uhr Vormittags hatte sie einen Anfall, sie fiel rücklings hin und war ganz starr. Wie sie aufs Bett gelegt war, wurden die Glieder schlaff. Sie blieb bewusstlos, athmete sehr leicht, der Puls war klein, 80, die Augen nach unten gewendet, die Pupillen weit, die rechte weiter (in den letzten Tagen war die rechte immer weiter), beim Berühren der Conjunctiva trat Zucken im entsprechenden Augenlid ein. Anrufen fruchtete nichts, sie schlief bis $10^1/_4$ Uhr. Am Nachmittage hatte sie noch einen Anfall von $^1/_4$stündiger Dauer.

Am Abend bestand vollständige Hemianästhesie bis auf die linke Handfläche und Fusssohle, das Gefühl wurde aber wieder hervorgerufen, indem gesagt wurde, in einer Minute sei es wieder da. Auch die wieder vorhandenen hysterischen Druckpunkte werden so fortgebracht, die Ovarie liess nur etwas nach. Da die Füsse kalt waren, wurde ihr bedeutet, dass sie in einer halben Stunde warm sein würden, und dies traf zu.

14. Juni. Patientin schlief bis Nachts 2 Uhr. Sie will dann überlegt haben, dass es besser sei, wenn die Hautfalte neben dem Anus entfernt würde, doch fürchtet sie, es thue trotz des Einschläferns weh. Es wird ihr nun gezeigt, dass das Einschläfern gar nicht nothwendig sei, da an und für sich die Stellen, wo ich es bestelle, gefühllos würden, und es wird ihr eine Nadel tief in den rechten Vorderarm eingestochen, ohne dass sie etwas merkt. Die Ovarie wird vollkommen beseitigt, und da die Füsse wieder etwas kühl sind, dieselben als in einer Viertelstunde warm suggerirt. Schliesslich wird ihr mitgetheilt, dass sie die Anfälle, wenn sie deren Herannahen merke, dadurch unterdrücken kann, dass sie ihren linken

Digitized by Google

Daumen fest zwischen den Fingern der andern Hand presse. Sie entschuldigt sich wegen ihrer Auslassungen gegen den Stundenplan.

Am Abend kündigte sich ein Anfall mit Herzklopfen an und kam trotz Anwendung des angekündigten Mittels zum Ausbruch. Sie hatte im Anfall noch den linken Daumen fest gefasst.

15. Juni. Heute Vormittag gegen 11 Uhr trat wieder Herzklopfen ein. Der Anfall wurde auf die erwähnte Weise abgewendet.

Die Untersuchung am Nachmittage wies wieder linksseitige Anästhesie mit Ausnahme des Armes und der Fusssohle nach. Dieselbe wird ebenso wie gestern zum Verschwinden gebracht, auch die Druckpunkte weichen. Patientin fühlt sich etwas matt.

Die anderen Sinnesorgane waren nicht berücksichtigt worden und am Abend stellte sich heraus, dass dieselben links sehr abgeschwächt waren. Auch mit dem rechten Auge sah sie nur auf eine kürzere Entfernung. Gesicht und Gehör wurden durch Transfert verstärkt (danach konnte sie auf die doppelte Entfernung lesen), Geruch und Geschmack einfach angesagt.

16. Juni. Die letzten beiden Nächte will sie nicht besonders geschlafen haben, die Regel ist noch stark und bleibt Patientin deshalb noch zu Bett. Die Anwandlung eines Anfalls wurde durch Druck auf den Daumen unterdrückt. Gewicht 58,500.

17. Juni. Sie will nicht gut geschlafen, sondern geträumt haben, klagt heute über ein ängstliches Gefühl und hat schmerzhafte Druckpunkte unter der linken Mamma und beiden Clavikeln, welche auf Geheiss sofort schwinden. Sie erzählt, dass sie, sowie die Angst sie anwandelte, von dem ihr genannten Mittel Anwendung gemacht habe und bisher von Anfällen verschont blieb. Da sie besorgt ist, dass die Anfälle und das plötzliche Einschlafen später wiederkehren könnten, wird ihr versichert, dass sie nach den bisherigen Erfolgen keinen Grund zu den Befürchtungen hätte.

18. Juni. Sie war gestern verdriesslich und will die Nacht nicht besonders geschlafen haben, weil sie viel geträumt habe. Die verdriessliche Stimmung komme davon, dass sie viel an die Geschichte mit ihrem Mann denken müsse. Es wird ihr mit Erfolg zugesprochen.

Am Abend nach 6 Uhr hatte sie einen Anfall. Sie sass auf der Bank, hielt ihren linken Daumen fest und zwar ganz krampfhaft, lehnte sich dann an und lag ruhig und schlaff und schlief. Nach einiger Zeit fing sie an zu sprechen, stritt sich mit ihrem Mann, danach rief sie ihrem Mädchen Frieda „Bring mir mein Kleid, die Gummischuhe und das Capotchen". Sie that dann, als wenn sie sich anzöge, stand auf, ging bis zur Thüre (glaubte sich in einem Fleischerladen), kaufte Fleisch, sprach mit dem Fleischer, beglückwünschte denselben zur Geburt eines Töchterchens. Dann ging sie weiter zur Commode, stattete einen Besuch ab. Sie wurde auf den Stuhl gesetzt, blieb sitzen, that, als wenn sie ihre Sachen ablege und wurde zu Bett gelegt. Nun sprach sie mit einer Frau über ein Armband. Es war, als wenn sie sich mit derselben herumzankte. Nach einer

Digitized by Google

Weile sprach sie mit dem Dienstmädchen: „Komm Frieda, mein Mann kann machen, was er will, ich schliesse Alles zu. Ich lasse das Fremdenzimmer offen. Er kann da zwar nicht schlafen, er mag sich kümmern. Ich will bis spät in die Nacht ausbleiben. Ich gehe mit dem ersten besten Schneidergesellen, den ich finde.“ Einige Zeit lag sie ruhig, dann machte sie die Augen auf, starrte vor sich hin, fing wieder vom Armband an zu schwatzen, liess sich aber die Suppe eingeben. Die Wärterin rief sie dann längere Zeit und sie kam schliesslich mit einem Ruck zu sich.

19. Juni. Geschlafen hat sie nicht besonders, die Menses lassen, wie es ihr versichert wurde, nach, und sollen heute aufhören. Sämmtliche Sinnesthätigkeit ist links erloschen. Die schmerzhaften Druckpunkte sind bis auf die Ovarie sämmtlich wieder vorhanden. Es wird nun bestimmt, dass die ganze rechte Körperhälfte gefühllos sei; sie fühlt wirklich nichts, dagegen links überall gut. Nachdem die rechtsseitige Anästhesie wieder aufgehoben ist, fühlt sie rechts und links gut. Ebenso wird das Gesicht, Gehör u. s. w. wiederhergestellt. Die Druckpunkte verschwinden auf Befehl, der am linken Daumen wird bestehen gelassen. Sie ist durch die Menses etwas heruntergekommen und blass, bekommt daher als Zulage Fleischbrühe mit Ei und Milch.

20. Juni. Sie will nicht gut geschlafen, sondern viel geträumt haben. Die Menses sind vorüber.

21. Juni. Patientin hat nach 2,0 Brk. nicht besonders geschlafen. Am Abend ist sie missmuthig, sie wolle nach Hause, da könne sie auch Alles zu ihrer Pflege haben, hier kämen allerhand Aufregungen vor. Am Abend nahm sie an einem Spaziergange ins Feld Theil.

22. Juni. Sie hat die Nacht nach 3,0 Brk. wieder nicht gut geschlafen und soll nun Abends täglich ½ Stunde dauernde laue Bäder (27° R.) nehmen.

Die perimetrische Untersuchung ergiebt normale Gesichtsfelder (siehe Abb. III). Es besteht keine Farbenblindheit nach der Prüfung mit den *Stilling*'schen Tafeln. Sie weiss, dass sie hypnotisch behandelt wird.

Am Nachmittage schlief sie von 2 bis 4 Uhr. Vorher musste sie, wie sie selbst weiss, vor Heimweh weinen. Sie bekam Zuckungen, war in Gedanken bei ihrem Mann, sprach mit ihm und ihrem Bruder, der zu Besuch bei ihnen war. Die Wärterin nannte sie Schwägerin Johanna. Nach dem Anfall klagte sie über die linke Seite, war missgestimmt und ass wenig.

23. Juni. Sie hat die Nacht nur wenige Stunden geschlafen, heute wenig gefrühstückt, bekam um 9 Uhr Bluterbrechen und später Husten. Sie klagt über die linke Brustseite vorn. Die Hemianästhesie ist wieder vorhanden, auch die Schmerzhaftigkeit auf Druck an den früheren Stellen, besonders schmerzhaft ist der Druck unter der linken Brustdrüse. Die Suggestion beseitigt diese Störungen sofort. Patientin ist heute sehr verstimmt und wünscht, es sei bald zu Ende mit ihr. In der Hypnose wird ihr gesagt, dass das Blutbrechen nicht wiederkommt und dass sie gegen

Digitized by Google

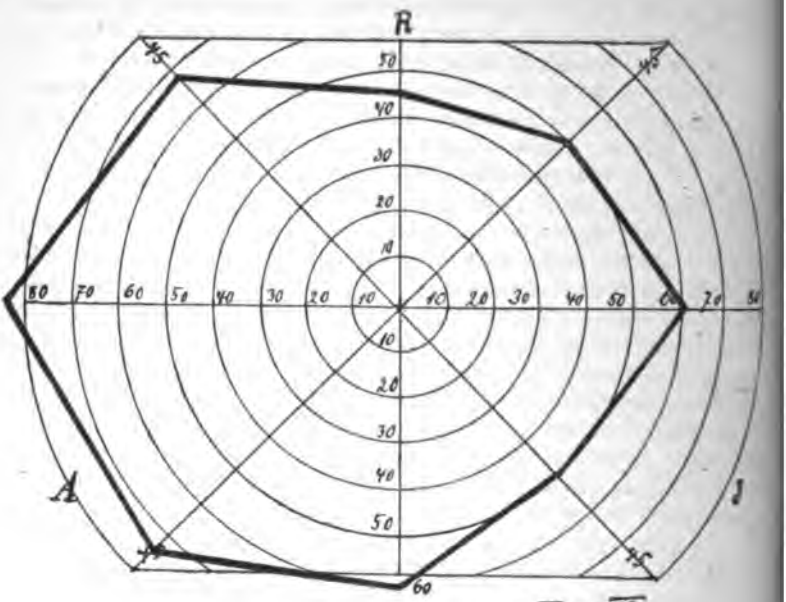
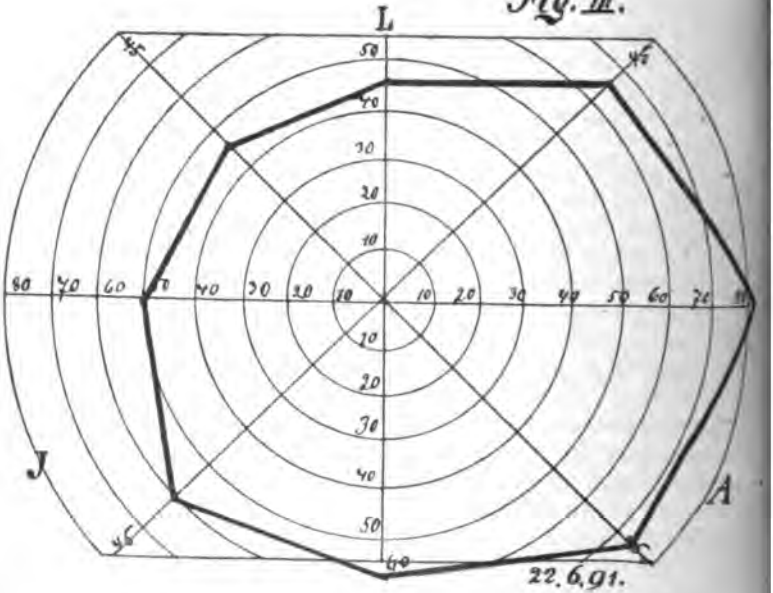


Fig. III.



Digitized by Google

den Foetor ex ore, der sich schon sehr lange bemerklich macht, ein Mundwasser bekomme, das ihn schnell beseitige.

Am Abend hat sie Uebelkeit, welche auf Geheiss sofort weicht.

24. Juni. Sie hat gut geschlafen. Die Stimmung ist gut.

25. Juni. Diese Nacht war der Schlaf weniger gut, da sie viel von zu Hause träumte. Sie war heut Vormittag ebenso wie gestern beim Zahnarzt zum Plombiren von Zähnen, die einzeln im wachklaren Zustande für gefühllos erklärt wurden. Das Ausbohren der hohlen Stellen brachte nicht den geringsten Schmerz hervor, auch nicht, als der Bohrstift in die Pulpa eindrang. Heute wurde es ihr anfänglich, wie sie sagte, eigenthümlich, sie griff nach dem linken Daumen, anscheinend, weil sie einen Anfall befürchtete. Da ich es sah, nahm ich den Daumen, drückte ihn und das eigenthümliche Gefühl verliess sie.

Nachmittags wurde die örtliche Behandlung des Ulcus an der Portio vaginalis wieder aufgenommen, welches sich bedeutend verkleinert und mit breitem weissen Epithelrand umgeben zeigte, während der Vaginalkatarrh geheilt war. Es wurde ein, mit 5 pCt. Ichthyolglycerin getränkter Wattebausch eingelegt.

Die Stimmung ist gut. Es bestehen Zahnschmerzen in den beiden mittleren oberen Schneidezähnen, in denen Vormittags zur Untersuchung herumgestochert worden war. Dieselben verschwinden sofort auf Einrede.

26. Juni. Sie hat die Nacht gut geschlafen, liess sich heute beim Zahnarzt eine Wurzel, welche, sowie das Zahnfleisch, schmerzlos suggerirt war, ausziehen, wobei das Zahnfleisch, ohne Schmerzen zu bereiten, mitgefasst wurde. Bei dem Ausziehen trat Schmerz in der Gegend des Os zygomaticum auf, der durch Handauflegen wich.

Am Nachmittage wurde der Ichthyolbausch erneuert.

27. Juni. Sie hat sich erkältet, die Nacht nicht gut geschlafen, ist heiser, hat Kopf- und Halsschmerzen — Larynxcatarrh — die Schmerzen konnten für Zeiten durch Suggestion gemildert und weggebracht werden. Es wurde ein Priessnitzumschlag um den Hals gemacht, die Bäder ausgesetzt, der Ichthyolbausch erneuert.

Sie fühlte sich bis zum Abend, wo ein schweres Gewitter aufzog, leidlich wohl, dann bei einem heftigen Donnerschlage fiel sie in einen hysterischen Anfall und hatte, als sie aus demselben nach 1½ Stunden erwachte, die Sprache völlig verloren. Da ein sofortiges Zureden, dass sie sprechen könne, nichts fruchtete, und sie weinte und sich nicht beruhigen konnte, liess ich sie einschlafen und gab in der Hypnose die Suggestion, sie werde morgen früh nach dem Erwachen sprechen können.

28. Juni. Der Schlaf dauerte zwei Stunden. Dann will Patientin darüber, dass sie nicht sprechen konnte, viel geweint haben. Sie kann heute früh nicht sprechen und geberdet sich unglücklich. Das Gefühl fehlt links am Hinterkopf, Ober-, Unterschenkel und Brust; schmerzhafte Druckgefühle sind am Kreuz und am linken Daumen vorhanden. Diese

Digitized by Google

weichen auf die Suggestion, dass in zwei Minuten Alles sei wie vordem. Die Sprachhemmung wich auf Wachsuggestion nicht. Pat. wird daher eingeschläfert und ihr nun gesagt, punkt 1/2 9 Uhr könne sie sprechen und werde nicht mehr wissen, wie es eigentlich war, dass sie nicht sprechen konnte. Nach dem Erwecken wich zur hellen Freude der Patientin die Sprachhemmung um die angegebene Zeit. Sie gab, als die Uhr ihr gezeigt wurde, an, es sei 1/2 9 Uhr. Dann war es nothwendig, sie zu ermuthigen, weiter zu sprechen. Es schien, als wenn sie selbst nicht gemerkt hatte, dass sie schon gesprochen. Desto grösser war die Freude, als sie sich dessen klar bewusst wurde. Durch Wachsuggestion konnte ich sie nicht zum Niesen bringen, dagegen sofort durch Suggestion in der Hypnose, obwohl sie ihrer Angabe nach den Reiz stark beherrschen kann.

29. Juni. Sie behauptet, seit dem Niesen Schnupfen zu haben und hat die Nacht nicht besonders geschlafen. Die Heiserkeit besteht fort.

30. Juni. Sie klagt heute über Schnupfen und Kopfschmerzen, welch letztere auf Einrede sofort verschwinden. Da sie heute wieder zum Zahnarzt geht, erhält sie die Suggestion, dass der zu behandelnde Zahn gefühllos sei, bis sie vom Zahnarzt zurückkomme. Dieselbe wirkt.

2. Juli. Ihrer Angabe nach hat sie die letzten Nächte wenig geschlafen. Sie soll Abends wieder baden. Es gelingt, eine Zahnwurzel schmerzlos auszuziehen.

3. Juli. Sie will schlecht geschlafen haben. Die Sinnesfunctionen sind gut.

4. Juli. Patientin betheiligte sich gestern an einem Anstaltsfest und tanzte sehr rege, besonders mit einem Wärter, den sie dazu aufforderte, sie zu holen, da sie ungern mit Kranken tanze. Auf der Abtheilung erzählte sie dann die erlogene Geschichte, ich hätte ihr den Wärter zum Tanzen geschickt; derselbe habe sie gefragt, ob er nicht später mit ihr irgendwo zusammentreffen könne.

Auch diese Nacht will sie schlecht geschlafen und unangenehm geträumt haben. Sie äusserte mir gegenüber, es reue sie, getanzt zu haben. Ihr linker Daumen schmerzt auf Druck, trotzdem er erst gestern mit Erfolg behandelt war, auch heute schwindet das schmerzhafte Gefühl, nachdem sie bis 50 gezählt hat.

Die Behandlung des Ulcus der Portio vaginalis mit Acet. pyroligen. crud. wird wieder aufgenommen, da von dem Ichthyolglycerin kein Erfolg zu sehen ist.

5. Juli. Ihrer Angabe nach hat sie gut geschlafen. Sie sieht indessen verdriesslich aus, giebt aber keine nähere Erklärung für ihre Gemüthsstimmung, die sich nur dahin Luft machte, wenn sie doch erst todt oder 50 Jahre alt wäre. Dieselbe klärte sich während der Unterhaltung etwas auf, war aber auch am Abend noch vorhanden. Wahrscheinlich hatte sie ihren Grund in der von Seiten der Oberwärterin und ihrer Wärterin geschehenen Richtigstellung der von ihr geäusserten Lügereien.

Digitized by Google

6. Juli. Heute früh ist sie gleicher Stimmung wie gestern. Dieselbe klärte sich etwas auf, nachdem sie vom Zahnarzt zurück war. Ja schliesslich meinte sie, ihr sei so leicht, sie ginge, wenn sie könnte am liebsten gleich nach X., setzte sich auf das Betriebsgebäude, um zu sehen, was ihr Mann macht. Sie denkt viel an ihren Mann und wünscht sehnlich, dass sich die Verhältnisse wieder zuzögen.

Sie hat sich in letzter Zeit dazu bequemt, etwas zu thun, macht ihr Bett und näht zeitweise.

Am Nachmittage hatte sie in Folge eines Schrecks über eine heftig erregte epileptische Kranke einen kurz dauernden Anfall von Bewusstlosigkeit und Starre der Glieder ohne Herzangst. Schon vorher hatte sie sich, als die Wärterinnen ihr zuriefen, sie solle fortgehen, sich nicht von der Stelle bewegen können und erhielt von der Kranken, die herumfuchtelte, einen Schlag ins Gesicht. Nachher hatte sie Schwere in den Gliedern. Gewicht 59,500 kg.

7. Juli. In der Nacht hat sie die erste Hälfte gut geschlafen. Ihr körperlicher Zustand ist unverändert, die Stimmung leicht gedrückt. Da sie über Belästigung von Seiten einer andern Kranken, obwohl sie selbst dieselbe immer aufsucht, klagt, wird ihr ein anderer Garten zur Verfügung gestellt, sie blieb aber nicht in demselben, sondern sass bald wieder mit derjenigen, über deren Redereien sie sich beklagte, zusammen. Während der Unterredung wird ihre Stimmung besser. Die Pupillen sind gleich und mittelweit.

Auch am Abend ist sie traurig gestimmt, da sie sich nach ihrem Mann sehnt. Es wird ihr gut zugeredet.

8. Juli. Gestern Abend hatte sie Stiche in der linken Schläfe. Nachts hat sie ziemlich gut geschlafen, wurde aber später von einer unruhigen Kranken gestört.

Heute Morgen ist die linke Gesichtshälfte geschwollen, sie klagt über Spannung darin; die linke Kopfhälfte ist ohne Gefühl. Dasselbe wird sofort hervorgerufen, das Gefühl von Spannung beseitigt. Die Stimmung ist gut. Auf die Frage „Können Sie die Augen zumachen?“ kann sie es nicht.

Ich hatte ihr zwar gesagt, bis 11 Uhr Vormittags solle auch die Schwellung zurückgehen, doch erscheint es Nachmittags zweifelhaft, ob sie etwas geringer geworden ist. Mittags war wieder Spannung eingetreten, dieselbe lässt auf Handauflegen nach, ebenso auch die Druckempfindlichkeit der Wange. Die perimetrische Untersuchung brachte ein eigenthümliches Ergebniss hinsichtlich der Farben (s. Abb. IV). Farbenblindheit ist nicht vorhanden. Gelb und Grün wurden in dem äussersten Umfang weiss empfunden, Roth mit dem rechten Auge einmal zunächst als Grün. Es wird ihr gesagt, die Schwellung solle bis zum Abend schwinden.

Die Stimmung ist gut und auch insofern umgeschlagen, dass Patientin, welche vor wenigen Tagen keinen Besuch haben wollte, fragt, ob nicht die

Digitized by Google

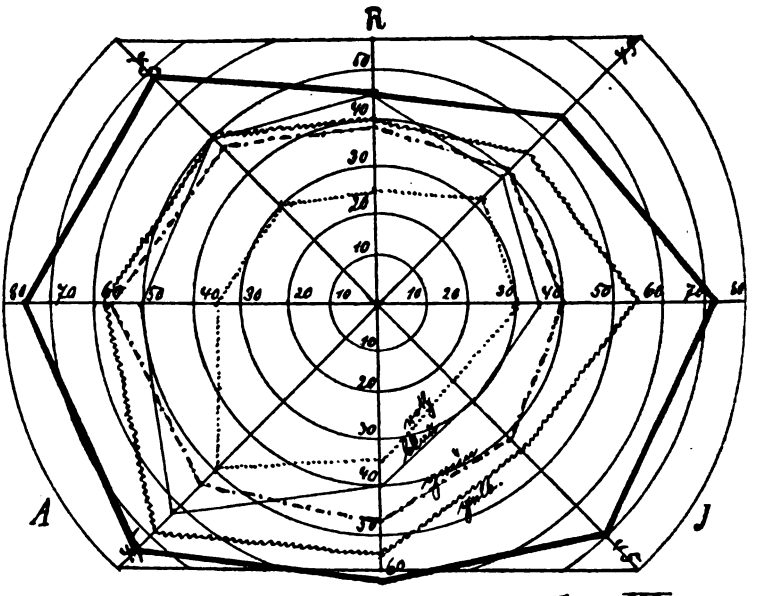
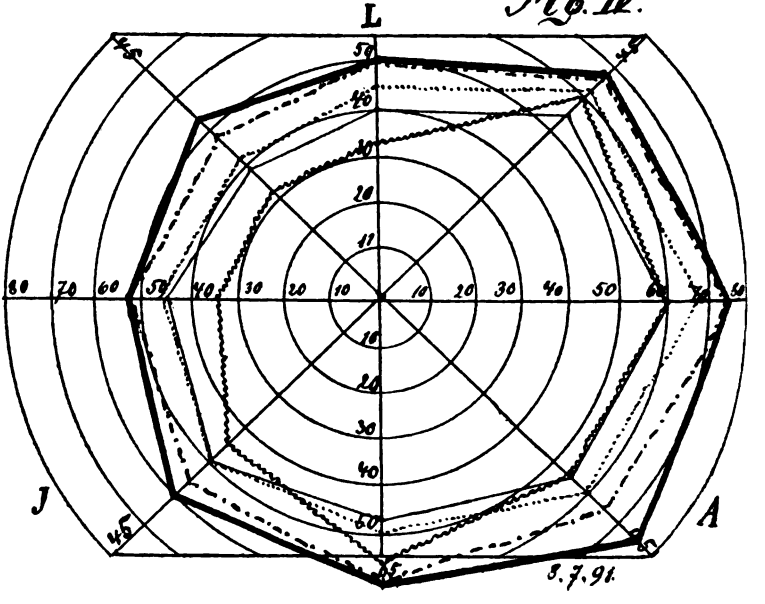


Fig. III.



Digitized by Google

Mutter mit ihren Schwestern herkommen und sie mit ihnen spazieren gehen könne.

9. Juli. Gestern Abend band sie sich der Gesichtsschwellung wegen ein Tuch um den Kopf. Heute ist die Schwellung ziemlich verschwunden. Gestern nach dem abendlichen Bad traten die Menses ein. Die Nacht will sie gut geschlafen haben.

Am heutigen Abend ist die Gesichtsschwellung wieder etwas stärker. Auch klagt sie über einen Schmerz besonders bei Druck dicht vor dem Tragus des linken Ohres, wo sich eine knorpelig anzufühlende bohnengrosse Härte vorfindet. Die linke Kopfhälfte ist anästhetisch, wird durch Gefühlloserklären der anderen Hälfte fühlend und bleibt es, wie die rechtsseitige Anästhesie aufgehoben wird. Das Schmerzgefühl verschwindet langsam auf Einrede. Patientin, welche angiebt, dass die Gesichtsschwellung früher viel stärker gewesen und nicht nur zur Zeit der Regel aufgetreten sei, ist guter Stimmung und freut sich über ihr Wohlbefinden bei der Regel.

10. Juli. Sie ist heute guter Stimmung, erklärt, gut geschlafen zu haben, fühlt gut, die Schwellung ist verschwunden.

11. Juli. Sie hat sehr gut geschlafen, die Stimmung ist gut. Die knorpelig anzufühlende Stelle schmerzt wieder etwas. Es wird ihr gesagt, dass dieselbe bald verschwinde. Als sie einen Brief zu schreiben versuchte, brachte sie ihrer Angabe nach nichts Rechtes zu Stande.

13. Juli. Die Menses sind vorüber. Die knorpelige Verdickung vor dem Ohr ist nicht mehr zu fühlen.

14. Juli. Die letzten Tage hat sie sich wohl befunden, Nachts immer gut geschlafen. Sie schreibt in einem Briefe, sie fühle sich so recht wohl und in animirter Stimmung. Eine körperliche Untersuchung, welche Herr Dr. *Selle* auf meinen Wunsch vornahm, ergab normale Verhältnisse.

15. Juli. Das Befinden und der Schlaf sind gut. Nur klagt sie einen Schmerz unter dem Kehlkopf, der wohl nie verschwinden werde. Das wird ihr bestritten.

16. Juli. Die Nacht war gut. Druck in der Grube über dem Brustbein und zu beiden Seiten der Trachea wird schmerzhaft empfunden. Der Schmerz verschwindet nicht, obschon erklärt wird, derselbe werde fort sein, wenn sie vom Zahnarzt, zu dem zu gehen sie sich anschickte, zurückkäme, auch später nicht, als ihr gesagt wurde, sie solle nach der Uhr sehen, in einer Minute wäre er fort, ferner nicht, als ihr nun erklärt wurde, er sei weg, wenn sie nach der Behandlung des Ulcus port. vagin. vom Untersuchungsstuhl herunter gestiegen sei. Sie wurde daher hypnotisirt: Es wurden ihr die Augen zugedrückt, sie fing an zu lachen, konnte aber die Augen nicht öffnen, und sagte auf die Frage, ob sie schlafe „nein“. Auf die Aufforderung zu schlafen schlief sie ein und nahm einen ruhigen Gesichtsausdruck an. Nun wird ihr gesagt, dass die Druckempfindlichkeit sofort weg sei. Der Schmerz war sofort weg und blieb auch fort, nachdem sie aufgeweckt war. Nach dem Erwachen sah sie verstört aus, fand sich

Digitized by Google

aber bald zurecht, wusste von nichts und erinnerte sich erst, als sie gefragt wurde, ob sie wisse, dass sie die Augen nicht aufmachen konnte, dieses Umstandes, des Ferneren aber nicht.

Am Abend wurde sie einem Collegen vorgestellt. Es wurde diesem gezeigt, dass die Muskeln auf Berühren erst zuckten, als dieses angesagt worden war. Das Zucken trat übrigens nicht regelmässig ein, prompt nur im Gesicht. Als sie die zusammengefügten Hände nicht auseinander brachte und nach dem Grunde gefragt wurde, äusserte sie, sie habe den Willen nicht.

18. Juli. Nachdem sie um Mitternacht durch Störung von Seiten einer anderen Kranken geweckt worden war, hat sie nicht mehr geschlafen. Gestern hat sie sich an einem Ausflug betheiligt und gut gehalten. Heute Morgen klagt sie Kopfschmerzen, die ihr durch das Lärmen einer Andern verursacht waren. Dieselben schwinden durch Handauflegen.

Am Nachmittage ist Patientin verstimmt, weil sie von Hause keine Nachricht bekommen hat, und in Erinnerung daran, dass sie morgen ihren Geburtstag hier feiern muss. Sie kann die Gedanken an ihren Mann nicht bannen. Gewicht 60,500 kg.

19. Juli. Sie hat die Nacht gut geschlafen und ist guter Stimmung. Puls 72.

20. Juli. Sie bekam gestern Besuch von ihrem Bruder und einer Schwester, ging mit ihnen aus, ass in einem öffentlichen Garten zu Mittag, hat den Ihrigen davon gesprochen, ich würde kommen, frug den Wirt nach mir, wollte mich in einem jungen Mann daselbst erkennen und auf diesen zugehen. Nach ihrer Rückkunft erzählte sie viel Unwahres über ihren Ausgang, behauptete spazieren gefahren zu sein, berichtete mir, sie und ihre Schwester hätten irgendwo gewartet, während ihr Bruder den Wagen besorgt hätte. Sie bestritt die Vorkommnisse im Garten und behauptete, die Schwester habe nach mir gefragt. Die Nacht hat sie gut geschlafen.

Nachdem, wie jeden Tag die Eingiessung von Acet. pyrol. crud. stattgefunden hat, kommt sie heute wieder auf ihre Entlassung zu sprechen und wird, als ihr gesagt wird, sie müsse ihre Ungeduld etwas zügeln, sehr ausfällig, ergeht sich in ungebührlichen und unsinnigen Drohungen und verkehrt die Verhältnisse geradezu. Es wird ihr deshalb vorgestellt, dass ihr noch jegliche Selbsterkenntniss abgehe, und mit Hinweisung auf ihre Neigung, Thatsachen gefälscht wieder zu geben und zu lügen, erklärt, dass ich, wenn ich auch aus bestimmten Rücksichten vermieden hätte, ihr diese jedes Mal vorzuhalten, doch über ihr Verhalten in jeder Beziehung unterrichtet sei.

Später schimpfte sie noch sehr, verkehrte im Garten nur mit der Kranken, über die sie sich früher beschwert hatte, und wich mir Abends aus.

21. Juli. Die Nacht hat sie angeblich gut geschlafen. Um ihr keinen Zweifel aufkommen zu lassen, liess ich ihr durch die Wärterin sagen, dass

Digitized by Google

ich die Behandlung aussetze, bis sie selbst um die Weiterführung bitte. Sie erwiderte derselben, es sei keine Behandlung nothwendig, sie sei körperlich gesund und habe nie Vertrauen zu mir gehabt.

Den Vormittag über sass sie, den Kopf mit einem Tuch verbunden, in einem Winkel und hatte Kopfschmerzen. Von 11 Uhr ab lag sie auf der Bank, ass nicht zu Mittag, blieb stumm bei Rufen und hörte nicht bei Rütteln. Nach Tisch kam sie zu sich, spuckte etwas Blut ins Taschentuch, legte sich dann wieder hin und äusserte, es thäte ihr Alles weh. Später sagte sie, es sei ihr, als wenn sie hier sterben müsste. Sie wurde in den Wachsaal gelegt.

22. Juli. Die Nacht will sie nicht geschlafen haben.

Herr Dr. *Selle* berichtet, dass keine sensible Störung vorliegt. Sie hat den Kopf verbunden, weil sie Kopfschmerzen, Schmerzen am Gehirn habe, klagt Schmerzen in der linken Seite, starkes Herzklopfen, Appetitlosigkeit und liegt zu Bett. Puls 80.

Den Tag über hielt sie sich ruhig für sich, hatte immerwährend den Kopf verbunden, war sehr still, ass wenig, grüsste auch bei der Visite, hielt aber mit jeder Aeusserung zurück. Nachher äusserte sie zu einer andern Kranken, es sei Unrecht, dass ich sie nicht beachtete. Sie bekam dann bald einen Anfall, „einen Ruck vom Herzen aus", lag etwa zehn Minuten lang bewusstlos und hatte, wie sie zu sich kam, die Sprache verloren. Sie erschien sehr unglücklich, betete und schrieb auf Zettel, dass sie keine Behandlung habe und ihr Hausarzt sie behandeln solle, ferner man solle mir Nichts mittheilen. Als die Wärterin mich nichtsdestoweniger gerufen hatte, stand sie auf mein Geheiss sofort auf, folgte in ein besonderes Zimmer, wo sie auf ein nachdrückliches „Sie schlafen sofort ein, machen die Augen zu!" in Hypnose versetzt wurde. In dieser wurde ihr nun ihr unverantwortliches Benehmen vorgehalten, sie gefragt, ob sie es bereue, was sie gleich bejahte, und fernerhin eindringlich zugeredet. Ich erklärte ihr, ich würde bis 10 zählen und sie dann sofort von 11 bis 20 laut weiterzählen. Dies geschah auch mit nochmaliger Einrede. Im Anschluss daran wurde sie darauf hingewiesen, dass die Hypnose nur vortheilhaft bei ihr wirke, dass die Krämpfe, welche sie durch ihr Benehmen willkürlich wieder herbeigeführt habe, nicht wiederkehren und dass sie gut schlafen werde. Nach der Hypnose erklärte sie auf Befragen, dass sie rechtsseitige Kopfschmerzen und linksseitig Brustschmerzen habe. Es fanden sich schmerzhafte Druckpunkte links unter der Clavicula, unter der Mamma und in der Mitte der Brustwirbelsäule. Dieselben verschwanden auf Handauflegen.

23. Juli. Sie hat die Nacht gut geschlafen und ist heute früh aufgestanden.

Vormittags setzte ich ihr auseinander, wie verkehrt ihr neuliches Auftreten gewesen, dass es darauf ankomme, dass sie ihren Charakter gründlich ändere und ihre Phantasie zügele.

Digitized by Google

24. Juli. Sie hat sich gestern für sich gehalten, gelesen, die erste Hälfte der Nacht geschlafen, nachher nicht mehr, und hatte heute früh von ½7 bis 7 Uhr einen Anfall (Herzkrampf, Starre und Bewusstlosigkeit).

Patientin erscheint heute weich gestimmt und etwas gedrückt. Die Anästhesie ist links wieder am Rumpf, Ober- und Unterarm, Ober- und Unterschenkel vorhanden. Es finden sich schmerzhafte Punkte unter der linken Mamma, an der rechten Unterbauchseite, in der Mitte der Wirbelsäule und am linken Daumen. Schmerzhaft ist der Druck an den anästhetischen Gliedern.

Es wird heute die Behandlung mit Acet. pyrol. crud. wieder aufgenommen. Während derselben wird sie hypnotisirt: Es werden ihr die Augen sanft zugedrückt und sie wiederholt gefragt, ob sie schlafe. Nachdem sie dies bejaht hat, wird ihr nachdrücklich zugeredet, sie solle sich nicht sorgen, dass die krankhaften Erscheinungen wiedergekehrt seien, dieselben würden sofort verschwinden. Dies geschieht auch. Während dessen fährt Patientin mit der Hand nach der Herzgegend und erklärt nach einigem Zögern, sie habe Stiche in der Brust. Diese weichen weniger leicht, aber auch völlig. Es wird ihr ferner erklärt, dass der Husten, der sie belästige, sofort aufhöre, und der Foeter ex ore, welcher sich wieder eingestellt hat, unter Anwendung eines Mundwassers bis morgen weiche. Zuletzt trat Zittern der Augenlider ein und Röthung des Gesichts.

In der Hypnose will sie ebensowenig wie vor derselben zugeben, dass sie mir erzählt hat, sie sei am Sonntag spazieren gefahren, und dass sie ihre Geschwister beim Besuche gleichfalls angelogen hat.

Die gestrige Vorhaltung hat insofern gewirkt, dass sie erklärt, sie würde sich über die heutigen Fragen beleidigt fühlen, wenn sie nicht der gestrigen Vorstellungen gedächte. Sie erklärt sich willig, in allen Stücken zu folgen unter Hinweis darauf, in welch qualvollem Zustand sie sich am 21. befunden hat.

25. Juli. Sie hat sich gestern ziemlich gut geführt, nur mit einer und derselben Kranken, welche morgen entlassen wird, unterhalten, gescherzt und getanzt und hat sich auch im Nähzimmer einige Stunden beschäftigt.

26. Juli. Sie hat die letzten Nächte geschlafen (nach abendlichen Bädern). Die Behandlung des Ulc. port. vag. geschieht nun alle zwei Tage.

Heute ist der linke Oberarm gefühllos. Es wurde der Versuch erneuert, Patientin nach Umschnürung desselben eine weisse Fläche ansehen zu lassen, sie sah aber nicht den abgeschnürten Theil, sondern Landschaften und Aehnliches. Dann wurde der rechte Arm gefühllos erklärt und dadurch der linke fühlend, wie sich die Wärterin mit der Nadel überzeugen konnte. Die Druckempfindlichkeit schwand damit auch. Das Gefühl blieb gut, nachdem der rechte Arm wieder fühlend erklärt war.

Auch heute bleibt sie dabei, dass sie sich der Lügerei betreffs der Spazierfahrt nicht erinnere, und wünscht, dass man sie darauf aufmerksam mache, wie sie Ereignisse fälsche.

Digitized by Google

27. Juli. Das Verhalten war gestern gut. Eine kleine Stelle links an der Stirn ist am Abend anästhetisch, verliert diese Eigenschaft aber sofort auf Geheiss. Die Nacht war gut.

28. Juli. Gestern Vormittag hat sie sich auf dem Nähzimmer beschäftigt und machte ihre Arbeit gut, hatte aber viel zu erzählen. Die Nacht hat sie ziemlich gut geschlafen, von ihrem Mann geträumt.

Heute Morgen erschien sie auf dem Nähzimmer etwas „brummig", bei meinem Besuch aber gleichmässiger Stimmung. Es wurde das Fortbestehen normaler Verhältnisse festgestellt und in der Hypnose, welche, wie ausgemacht, durch Aufklopfen mit dem Schlüssel eintrat, sie dahin bestimmt, dass sie von jetzt ab jede Lüge meiden und immer der Wahrheit die Ehre geben müsse; sie würde dadurch selbst hohe Befriedigung empfinden. Nachdem sie durch Aufklopfen mit dem Schlüssel geweckt ist, lautet ihre Antwort auf die Frage nach den Erzählungen an dem bewussten Sonntage wieder dahin, dass sie nur aus unseren Mittheilungen wisse, sich selbst nicht erinnere, dass sie uns von einer Wagenfahrt erzählt habe.

So nebenher gab ich ihr den Zimmerschlüssel mit den Worten, sie könne auch einmal aufschliessen. Wahrscheinlich in Erinnerung an den Vorgang vom 6. Juni, konnte sie den Schlüssel nicht in die Thüre bringen und aufschliessen, bis ihr bemerkt wurde, sie müsse es können.

30. Juli. Das gute Verhalten dauert an. Da es den Anschein hat, als ob ihr das Nähen wenig Vergnügen macht, wird ihr dies gesagt, doch sagt sie, sie ginge nicht ungern zum Nähzimmer. Die Sensibilität ist gut. Sie wundert sich, dass sie von ihren Geschwistern keinen Brief bekommt, geht aber nicht auf den Vorschlag, einen Brief zu schreiben, ein.

31. Juli. Nachdem ihr gestern Nachmittag einige Zahnwurzeln, welche, sowie das Zahnfleisch, gefühllos erklärt waren, ohne Schmerzen ausgezogen waren, trat sofort Schmerz in der Gegend des Jochbeins ein, welcher aber wegsuggerirt werden konnte. Derselbe trat jedoch nachher wieder auf und Nachts hat sie vor Schmerzen nicht geschlafen. Sie klagt heute Spannung und Schmerzen an derselben Stelle, welche auf Geheiss nachhaltig weichen.

7. August. Das Befinden war bisher gut, Patientin schläft gut, träumt aber viel und zwar besonders von ihrem Mann. Daran anknüpfend meint sie, derselbe müsse hier gewesen sein. Derselbe werde wohl auch nach ihrer Entlassung wieder erscheinen, sie werde ihn aber fernzuhalten wissen. Sie hat die Anschauung, dass es ihr auch insofern besser gehe, dass sie sich mehr beherrsche und von ihren Träumen in ihrer Stimmung nicht mehr beeinflusst werde. Die Bäder werden auf dreimal wöchentlich beschränkt.

In einem Brief an die Eltern schreibt sie, es gehe ihr gut, sie sei sogar selbst mit sich zufrieden, der Schlaf sei so gut, dass sie von 9 bis 4 Uhr ohne aufzuwachen schlafe.

8. August. Menses. Ihre Führung ist gut. In einem Geburtstags-

Digitized by Google

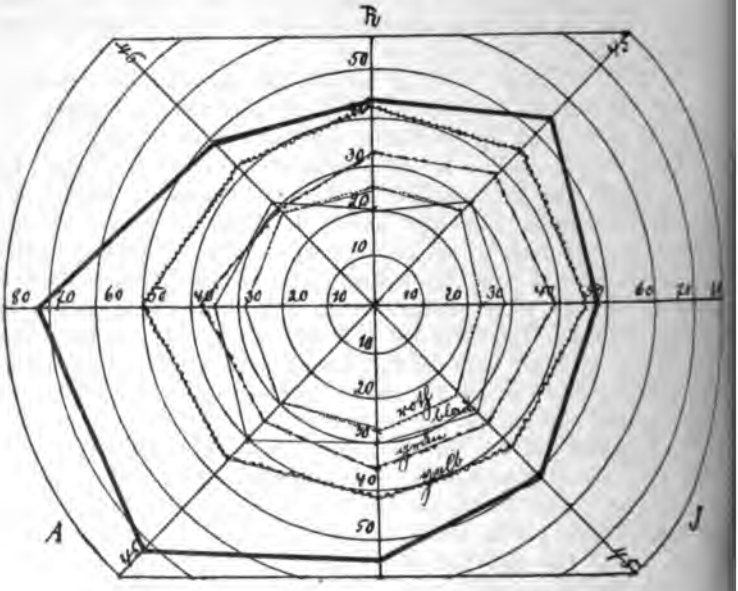
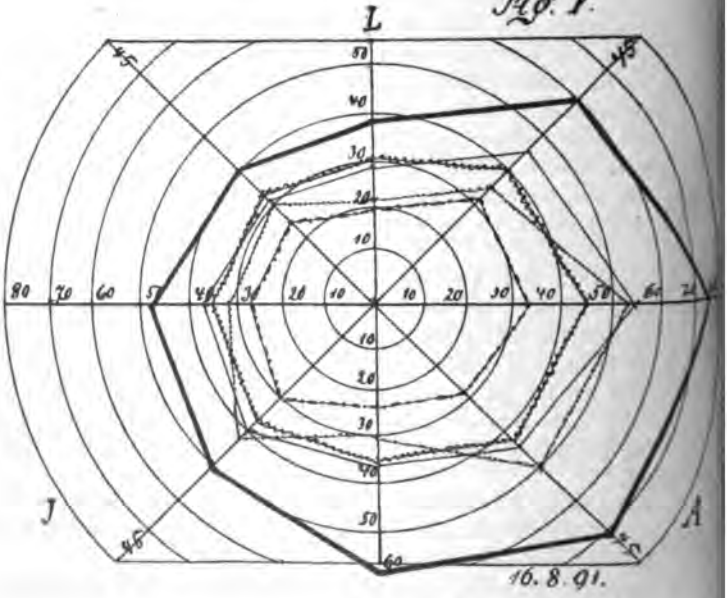


Fig. V.



Digitized by Google

briefe an die Schwägerin heisst es: „Ohnedem lasse ich auch alles Gewesene und Geschehene jetzt gleichgültig an mir vorbeiziehen, denn mein Mann verdient bei reichlicher Ueberlegung, wenn ich alles in Einem zusammenfasse, keiner Nachwehen. Also abgefunden, Basta!“ Gewicht 62 kg.

9. August. Gestern erzählte sie einer Wärterin eine Unterredung mit mir und dem Anstaltsgeistlichen und blieb dabei ziemlich bei der Wahrheit.

13. August. Die Menses sind vorüber und haben genau die Zeit inne gehalten, welche früher dafür in der Hypnose bestimmt worden war. Es wurden heute in der Hypnose, in welcher ihr gesagt wurde, dass sie überhaupt nicht wisse, was vorgehe, und keine Schmerzen empfinden werde, verschiedene Zahnwurzeln schmerzlos entfernt. Da ihr gesagt war, sie würde auch nachher nichts von dem Vorgang in der Hypnose wissen, dachte sie, welche vorher grosse Angst gehabt hatte, erst an ihren Mund, als sie das Glas Wasser noch dastehen sah. Vor der Hypnose war der Puls 72, in derselben 76, dabei hatten sich die Wangen geröthet, war etwas Thränenfluss eingetreten und sprach sie hinterher von Hitze in den Wangen.

15. August. Das Ulc. port. vagin. wird heute mit Argent. nitric. in Substanz geätzt.

16. August. Die perimetrische Untersuchung ergiebt ein normal grosses Gesichtsfeld beiderseits, aber Unterschiede in denselben für Farben (s. Abb. V). Bei der Suggestion des Glüheisens in der Hypnose erscheint die Warze sofort weiss, was aber bald wieder verschwindet. Die Suggestion betreffs eines wahrhaftigen Verhaltens wird wiederholt.

18. August. Die Behandlung mit Acet. pyrol. crud. wird wieder aufgenommen.

20. August. Die Untersuchung der Augen ergiebt rechts Myopie $= {}^{1}/_{16}$, normale Sehschärfe, links Emmetropie. Das Warzengewebe hat sich etwas gelockert. Die Suggestion des Glüheisens in der Hypnose wird heute wiederholt.

Patientin arbeitet fleissig des Vormittags auf dem Nähzimmer, Nachmittags manchmal im Garten (Bohnenschneiden u. s. w.), ist nicht mehr geschwätzig, benimmt sich auch sonst gut.

22. August. Da das Ulc. port. vagin. keine deutlichen Fortschritte im Verheilen zeigt, wird von heute ab Acet. pyr. crud. täglich in Anwendung gezogen.

24. August. Als ich ihr heute mit dem Handtuch über das Gesicht strich, schlief sie ein. Sie gab befragt an, 26 Jahre alt zu sein. Nachdem ich sie gefragt hatte, ob sie schliefe, wurde wiederum das suggerirte Glüheisen auf die Warze gehalten. Durch Anblasen erweckt, fragt sie, ob sie schon wieder geschlafen habe und konnte darüber nicht ins Reine kommen. In der nunmehr durch „Schlafen!“ eingetretenen Hypnose weiss sie, dass sie eben auch geschlafen hat. Es wird ihr nun anbefohlen, dass sie nicht

Digitized by Google

mehr auf Streichungen einschlafen darf. Sie wird nun angeblasen, erwacht aber nicht, schlägt aber die Augen auf und sieht sich verstört um, kennt mich, weiss aber nicht, wo sie ist, weiss, dass sie 26 Jahre alt ist. Es werden ihr die Augen zugedrückt und mit „Wachen Sie auf!“ ist sie wach. Ich streiche ihr über das Gesicht und sie bleibt unverändert. Als ich ihr aber den linken Arm aufrichte mit der Bemerkung, dass ich sehen möchte, was dies für einen Erfolg habe, schliesst sie die Augen und zwar das linke langsamer wie das rechte und wird roth im Gesicht. Jetzt wird ihr erklärt, sie dürfe von nun an weder auf Streichungen noch ähnliche Massnahmen einschlafen, sondern nur auf wörtlichen Befehl von mir. Nachdem sie erwacht ist, verfangen dann auch alle Bestreichungen u. s. w. nicht. Die Katalepsie tritt aber ein ohne Hypnose, ebenso werden angefangene Bewegungen unaufhaltsam weitergeführt, wie es befohlen wird.

25. August. Heute wird wiederum suggerirt, dass die Warze, welche sich abstösst, bis auf den Grund ausgebrannt werde. Die Hypnose trat nur auf wörtlichen Befehl ein.

26. August. In der nur auf Befehl eingetretenen Hypnose wird die Glüheisensuggestion wiederum gegeben und ferner erklärt, dass das Ulcus port. vagin. in 6 Tagen heil sein müsse, womit das Unterleibsleiden geheilt sei. Die Frage, ob die Zuneigung zu ihrem Mann verschwunden sei, bejaht sie, und daran wird die Suggestion geschlossen, dass derselbe ihr völlig gleichgültig bleibe. Auf Anblasen erwachte sie nicht und schlief unverändert weiter. Als ihr aber gesagt wurde, sie solle erwachen, geschah es sofort. Es gelang nicht, ihr die Augenlider zu schliessen, bis ihr gesagt wurde, sie blieben zu, da sie jedenfalls früher damit die Schlafsuggestion verbunden hatte. — Nachdem ihr in der Hypnose die Suggestion gegeben war, sie stehe nur mit mir durch die Sprache in Verbindung, hörte sie nicht, was ich zur Wärterin sagte, noch, was diese zu ihr sprach.

27. August. Da das Gewebe der Warze sich stark gelockert hatte, versuchte ich heute dieselbe mit dem Fingernagel auszukratzen, rief dadurch aber eine Blutung hervor, die nicht stehen wollte. Als in der Hypnose indessen ein angebliches Glüheisen zur Blutstillung daraufgehalten wurde, stand die Blutung sofort. Da ihr gesagt wurde, sie werde nach der Hypnose Alles wissen, was in derselben vorgekommen sei, konnte sie über Jegliches berichten.

Um zu erfahren, wie eine für längere Zeit gegebene posthypnotische Suggestion auf ihren Gemüthszustand wirken würde, wurde ihr am Vormittag der Auftrag zu Theil, mir am Abend bei der Visite die Uhr aus der Tasche zu nehmen, um sich über die Zeit zu unterrichten. Dieser Gedanke solle ihr erst im Augenblick meines Erscheinens kommen. Es geschah so am Abend. Während sie sich bis dahin in ungetrübter Stimmung befunden hatte, kam ihr bei meinem Erscheinen sofort der eingegebene Gedanke und sie kämpfte lange mit der Ausführung des Auftrages, der ihr sehr unangenehm war. Da sie ihn im ersten Augenblick nicht

Digitized by Google

ausführen konnte, da ich schnell an ihr vorübergegangen war, wich sie mir später aus, hatte aber fortwährend das Bestreben nach mir hin. Sie gab sich erst zufrieden, als ich ihr die Sache erliess. Ich habe später, was ich hier vorweg anmerke, bemerkt, dass die gegebene Suggestion triebartig ausgeführt wird, wenn die Ausführung im Augenblick möglich ist, wo der Gedanke und der Trieb auftaucht. So wurden selbst noch unangenehmere Suggestionen zur That. Auch heute sagt mir Patientin, die ich nicht gleich bemerkt hatte, sie hätte den Arm schon ausgestreckt gehabt und nur dadurch, dass sie Zeit hatte, gegen den Trieb anzukämpfen, unterblieb die Ausführung.

Das Ulcus, welches keine Neigung zur Verkleinerung hat, wurde heute mit 4 procentiger Carbolsäurelösung behandelt. Die Fortführung der Behandlung damit unterblieb, da ich verreiste, bis zum 4. September.

5. September. Heute wurde das Ulcus scarificirt und ebenfalls dann mit Carbolsäure nachbehandelt. Sie klagt über Haarausfall, der seit einigen Wochen eingetreten sein soll. Es wird ein Versuch gemacht, denselben in der Hypnose zu beeinflussen.

6. September. Die Menses sind eingetreten.

10. September. Bei der heutigen perimetrischen Untersuchung stellte sich heraus, dass das linke Gesichtsfeld von normaler Grösse ist; das rechte wurde aber nach aussen wie nach innen um 10° kleiner als normal befunden. Patientin erzählte dabei, sie habe in letzter Zeit bei der Arbeit und beim Lesen bald Flimmern vor den Augen bekommen. In der Hypnose wurde dieses berücksichtigt und gleichzeitig die normale Sehschärfe wiederhergestellt. Nach derselben hatte das rechte Gesichtsfeld an Ausdehnung gewonnen.

11. September. Die perimetrische Untersuchung ergiebt normale Verhältnisse (s. Abb. VI). Wenn die Farbenvertheilung nicht mit den Angaben in den Lehrbüchern stimmt, so mag es an den zur Untersuchung benutzten bunten Papierblättchen liegen. Wenigstens fand ich die gleichen Verhältnisse für Farben in den Gesichtsfeldern auch bei einem Wärter, den ich zum Vergleich untersuchte. Der starke Haarausfall hat aufgehört.

12. September. Die Menses sind gestern beendigt. Heute wird die Behandlung mit 4 procentiger Carbolsäurelösung wieder aufgenommen.

Wie früher so ergiebt auch die heutige Nachfrage, dass Patientin sich der posthypnotischen Handlungen, welche ihr von Zeit zu Zeit in der Hypnose aufgetragen waren, erinnert, mochte sie dieselben ausgeführt oder glücklich Widerstand dagegen geleistet haben. Dies sei gegen die Angaben von *Beaunis*[1]) hervorgehoben.

14. September. Da Patientin morgen entlassen werden soll, werden ihr heute in der Hypnose die Heilsuggestionen von neuem gegeben und

[1]) *Beaunis*, Der künstlich hervorgerufene Somnambulismus, deutsche Ausgabe von *Ludwig Frey*. 1889.

Digitized by Google

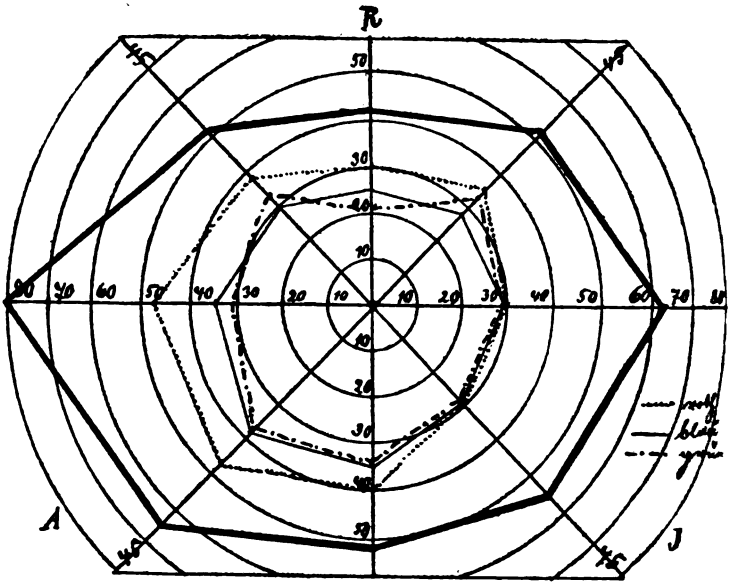
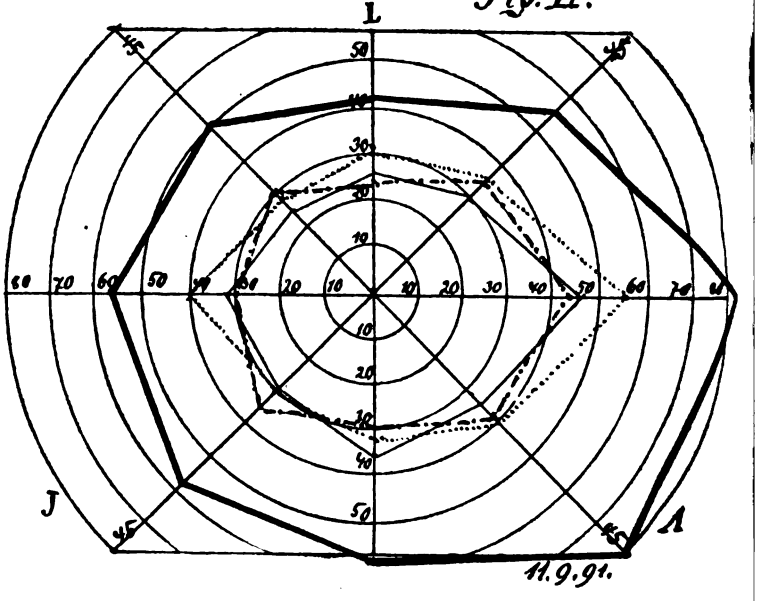


Fig. III.



Digitized by Google

ausserdem einige posthypnotische Suggestionen für die nächsten Monate gegeben, zunächst, dass sie am 30. jeden Monats in diesem Jahre plötzlich den Einfall bekommen soll, mir über ihr Befinden zu berichten und dieses ausführen werde.

Die körperliche Untersuchung ergiebt normale Verhältnisse, die Muskelkraft der rechten Hand ist 80, die der linken 60 kg, am Dynamometer gemessen. Die Warze am linken Zeigefinger scheint wiederzukommen. Das Ulcus an der Portio vaginalis — Cervicalcatarrh — ist sehr verkleinert, aber noch nicht verheilt. Dessen Behandlung durch einen Specialisten wird der Patientin angelegentlich empfohlen.

15. September. Patientin hat sich in der letzten Zeit gut geführt, sich fleissig und mit Erfolg beschäftigt, nicht mehr ihre frühere Launenhaftigkeit gezeigt, wurde auch nicht wieder bei einer Unwahrheit betroffen, war immer guter Stimmung, zuvorkommend und verständig. Ihre übertriebene Schwatzhaftigkeit hat sie abgelegt und sie ging auch redseligen Kranken, die sie früher aufsuchte, aus dem Wege. Sie wird daher heute genesen entlassen.

5. October. Die Berichte von Hause lauten gut. Sie bethätigt sich in der Wirthschaft mit Eifer. Schlaf und Appetit sind gut. Ihres Mannes that sie fast gar keine Erwähnung.

Am 30. vor. Mts. hat sie sich hingesetzt und ein langes Schreiben über ihr Befinden gemacht, dasselbe verunglückte aber durch einen Tintenfleck, den eine kleine Verwandte darauf machte und wurde „unter den bittersten Schmerzen" vernichtet.

Nachwort.

Der vorstehende Bericht giebt die Geschichte einer an grosser Hysterie leidenden Kranken, bei welcher kaum ein wichtiges Symptom nicht zur Beobachtung gekommen ist.

Die Behandlung mit der Hypnose oder, weiter ausgedrückt, mit der Suggestion berücksichtigte die jedesmaligen einzelnen Symptome, wie sie sich in den Vordergrund drängten und unangenehm bemerklich machten. Man würde sie insofern zu den symptomatischen Behandlungsweisen rechnen. Indessen dürfte in Berücksichtigung dessen, dass die ganze Persönlichkeit unter den wirksamen Einfluss eines Anderen gestellt wird, und ein einheitlicher Curplan, welcher auch gleichzeitig andere allgemeine Maassnahmen fordert, zur hypnotischen Behandlung aufgestellt wird, dem Hypnotismus die Bedeutung einer allgemeinen Behandlungsweise für gewisse Fälle nicht abgesprochen werden.

Digitized by Google

Unter seiner Anwendung ist die Kranke langsam einem Zustand entgegengeführt worden, welchen man als normal bezeichnen muss; es wird aber die weitere Beobachtung zeigen, ob der Erfolg ein nachhaltiger sein wird.

Bei der Ausübung der hypnotischen Behandlung lag es nahe, auch Versuche anzustellen, welche einen mehr wissenschaftlichen Werth haben und nicht ganz innerhalb des Rahmens des Curplans zu liegen scheinen. So weit es anging, wurde aber immer eine bestimmte Beziehung zu demselben aufgestellt, so z. B. bei dem Versuch, die Wirkung des Senfpflasters mit gummirtem Papier hervorzubringen, erklärt, es solle die Entzündung an einer gewissen Stelle bekämpfen. Jedenfalls wurde bei den Versuchen, welche zur Erforschung der Wesenheit des Hypnotismus und zu eigener Belehrung dienen sollten, an dem obersten Grundsatze der Heilkunde, nicht zu schaden, festgehalten, und daher von Versuchen, die Körperwärme zu beeinflussen, Abstand genommen, da ja die Ergebnisse *von Krafft-Ebing*'s bekannt sind und nicht weniger auffallend oder vielmehr ebenso wenig erklärbar sind, als die Hervorrufung örtlicher Hyperämien (der Wundmale Christi), und warmer Füsse oder die Unterdrückung und Regelung der Menses.

Die Hervorrufung des Hypnotismus und die Stellung unter denselben erscheint zwar als ein einfaches Verfahren, ist aber mit der grössten Vorsicht auszuüben und verlangt von dem Arzte, welcher es in Anwendung zieht, da es die ganze Persönlichkeit von ihm abhängig macht, seine ganze Hingebung und eine gewisse Begeisterung, welche oft nachzulassen sich anschickt, wenn die erstrebten Erfolge nicht genau eintreten oder wieder verschwinden.

Es hatte den Anschein, als wenn in unserem Falle zunächst durch denselben die hysterischen Zustände sich mehrten. Doch liess sich nicht genau feststellen, wie häufig die Kranke früher unter solchen und unter krankhaften Schlafzuständen zu leiden hatte. Jedenfalls waren sie nach Einleitung der hypnotischen Behandlung häufig und forderten eine eingehende Berücksichtigung.

Bei der Kranken sind im Grossen und Ganzen drei verschiedene Zustände, welche sich dem Bewusstseinsinhalt nach unterscheiden, zur Beobachtung gekommen. Diese stellen sich den von *von Krafft-Ebing* beschriebenen an die Seite, wie denn auch mein Fall dem seinen sonst ähnlich ist. Der erste Zustand, von dem

Digitized by Google

genannten Forscher mit I bezeichnet, ist der gewöhnliche, wachklare, in welchem indessen, nachdem die Hypnose mehrere Male ausgeübt worden war, die Suggestibilität derartig gesteigert worden war, dass Starre und Lähmung der Glieder, Muskelzuckungen, Aufhebung des Gefühls, Transfert u. s. w. hervorgerufen werden konnten und auch der Monatsfluss zu beeinflussen war. In gewisser Beziehung ist also ein Zustand von Hypnose sofort vorhanden, wie der Experimentator sich mit der betreffenden Kranken beschäftigt, da Anderen als ihm eine derartige Einwirkung versagt war.

Es liessen sich in diesem Zustande auch Gesichtstäuschungen erzeugen. *Alfred Binet* hat an zwölf hemianästhetischen Hysterischen gefunden, dass bei Betrachtung eines Wandschirms und Reizung an einer anästhetischen Stelle ein Bild der gereizten Gegend, insbesondere bei Umschnürung eines unempfindlichen Gliedes dessen Bild erschien. Seine Untersuchungsergebnisse konnte ich zwar nicht bestätigen, ich konnte aber feststellen, dass im Augenblick der Umschnürung der Glieder oder auch bei einfacher Berührung sowohl der anästhetischen wie der normalen Seite, wie bei Auflegen der Hand auf den Kopf Bilder, z. B. Landschaften, kleine schwarze Männer, Clowns, ein Todtenwagen auf der leeren Schirm- oder Wandfläche der Patientin erschienen und, als die Berührung nachliess, wie weggeweht waren. Auf einfaches Geheiss geschah dies nicht, auch nicht, als ich erklärte, das Bild erscheine, wie ich auf einen Knopf drücke. Das Selbstbewusstsein der Patientin war dadurch nicht getrübt. Dieselbe war nur sehr überrascht und wollte lange Zeit die Ursache hinter den Schirm suchen.

In dem Zustande II, der Schlafhypnose — Somnambulismus — wirkten die Suggestionen viel entschiedener wie in I. Derselbe wurde daher auch vornehmlich benutzt, um bestimmte Heilerfolge zu erzielen und für chirurgische Eingriffe tiefe andauernde Anästhesie zu erlangen. Die zweimal plötzlich aufgetretene Stummheit wich sofort in II, während sie in I nicht zum Schwinden gebracht werden konnte.

Auch ohne dass der Kranken in der Hypnose besonders gesagt wurde, sie wisse nachher nichts von dem, was sich in der Hypnose abspiele, fehlte ihr jegliche Erinnerung dafür, und war sie immer des Glaubens, geschlafen zu haben. Der Erinnerungsausfall ging

Digitized by Google

so weit, dass sie, ohne darauf hingewiesen zu sein, nie wusste, auf welche Weise sie eingeschlafen war. In der Hypnose war sie sich ihrer Persönlichkeit bewusst, sofern dieselbe oder die Umgebung nicht durch Suggestionen verändert war, hatte auch die Erinnerung für Früheres ausserhalb derselben Geschehenes (in grösserem Umfange als in I) und für das in der Hypnose Erlebte — doppeltes Bewusstsein — und war vollständig willenlos.

Eine Abänderung des Zustandes II geschah dadurch, dass man ihr in der Hypnose die Weisung gab, zu erwachen, wie sie an einen Gegenstand, nach dem sie sich hinbegeben musste, anstosse oder wenn man sie zum Erwecken anblies. Sie öffnete dann die Augen, sah verstört aus, blieb auf dem Fleck stehen und gab auch auf die Frage, ob sie wach sei, eine verneinende Antwort. Aehnlich wirkte auch die Hypnotisirung, welche dadurch geschah, dass man nachdrücklich bestritt, dass sie wach sei. Die Frage „Sie sind doch nicht wach?“ rief wahrscheinlich die Vorstellung hervor „ich schlafe wirklich“ und wirkte so autosuggestiv und gleichzeitig verwirrend. Das gleiche Bild der Fascination bot sich dar bei dem Eintritt der posthypnotischen Suggestion negativer Gesichtshallucinationen.

In diesem Zustande wusste sie nichts von dem, was vorher gewesen war, kannte ihren Geburtstag nicht, wusste nicht, welches Jahr wir haben, sah sich erstaunt und verwirrt um und meinte auch, es sei ihr Alles neu.

Es giebt indessen Uebergänge zwischen den genannten Zuständen.

In einem III. Zustande war sie über ihre Umgebung unterrichtet, gab aber ihr Alter auf 32 Jahre an und dementsprechend als ihr Geburtsjahr 1859 und hatte eine andere Schreibweise.

Die Autohypnose — der Zustand III — entwickelte sich so, dass Patientin von selbst einschlief und dann anfing zu schwatzen. Hierin durchlebte sie früher Erlebtes wieder, befand sich entweder zu Hause bei den Eltern oder bei ihrem Manne in der eigenen Wirthschaft. Auch hierin kamen Abänderungen vor, indem sie ihre Umgebung gänzlich oder zum Theil verkannte, dass sie in ängstliche Stimmung gerieth und sich in einem Gefängnisse wähnte, und dass Fascination vorkam, indem sie starr vor sich hinsehend dasass und sich für älter ausgab. Eine Erinnerung von Zustand

Digitized by Google

zu Zustand bestand nicht und in der Hypnose wusste sie nichts von dem Inhalte des von selbst eingetretenen Somnambulismus, ebensowenig wie in I.

Aus der Autohypnose war Patientin von mir durch die entsprechende Aufforderung sogleich zu erwecken.

In dem Krankheitsbilde standen die Veränderung des Bewusstseinsinhaltes und die Bewusstseinstrübungen mit Amnesie voran. Die Frau wurde in einem eigenthümlichen wenig besinnlichen Zustande, den sie schon zu Hause längere Zeit dargeboten hatte, in die Irrenanstalt aufgenommen. In diesem Zustande gab sie sich für 30 Jahre alt aus, konnte nicht rechnen, sich auf Namen nicht besinnen, ihren Geburtstag nicht angeben und wusste aus ihrem Vorleben nur Vereinzeltes.

Als sie klarer geworden war, fehlte ihr die Erinnerung für das, was in diesem vorhergegangenen Zeitraum geschehen war. Sie konnte sich nicht einmal erinnern, ihre Mutter zu Hause gesehen zu haben und wusste nicht, dass der Vater sie in die Anstalt begleitet hatte. Nach und nach kamen ihr Einzelheiten wieder ins Gedächtniss, während die krankhaften Erscheinungen und Wahnvorstellungen — so, dass sie unnütze Einkäufe gemacht, von der Verlobung ihrer Schwester und dem Tode der Schwiegermutter gesprochen hatte, — ihr völlig entschwunden waren und blieben. Gleich im Anfange ihres Anstaltsaufenthaltes war ihr mitgetheilt worden, dass sie von ihrem Mann geschieden sei. Als ihr von dieser Thatsache später, am 28. April, Erwähnung geschah, ergriff es sie tief, da sie nichts davon wusste.

Merkwürdig bleibt immer die Thatsache, dass sie sich der Lügereien bald nachher nicht bewusst war, eine Thatsache, die kaum anzuzweifeln ist, da sie auch bei dieser Angabe blieb, als ihr ganzes Wesen sich in Folge der Behandlnng vortheilhaft verändert hatte, und da es sich um Kleinigkeiten handelte, die abzustreiten nicht der geringste Grund vorlag; gestand sie doch selbst ein, dass es sich so verhalten musste, wie ich es ihr vorgehalten hatte. Diese Beobachtung ist geeignet, die eigenartige Verfälschung des Bewusstseins bei Hysterischen zu beleuchten und wirft ein klärendes Licht auf ihr Verhalten ihrem Manne gegenüber.

Die Abänderung des Bewusstseinsinhaltes durch die jeweilige Veränderung der Persönlichkeit und je nach den Suggestionen wurde

Digitized by Google

benutzt, um die Dunkelheiten des Vorlebens der Kranken aufzuhellen. Es stellte sich aber heraus, dass auch in der Hypnose und in den autohypnotischen Zuständen die Erinnerung für die ihr zur Last gelegten Thatsachen keine beträchtlich weitere war. Beachtenswerth ist der Erfolg am 3. Juni, der an einen bei den Ehescheidungs-Akten befindlichen Brief an einen Landgerichtsrath K. anknüpfte, der zu sein ich ihr suggerirte, und das Ausplaudern früherer Vorkommnisse in der Autohypnose (z. B. am 18. Juni). Wie viel Werth den Versuchen, ihre Wahrhaftigkeit auf die Probe zu stellen zukommt, lasse ich unerörtert. Jedenfalls fielen sie für sie günstig aus.

Nach dem, wie ich bei den vorstehenden Untersuchungen vorging, muss ich mich denen anschliessen, welche die Erscheinungen des Hypnotismus als im Wesentlichen psychisch-suggestive ansehen.

Die Hypnose trat schon gleich beim ersten Versuche leicht und schnell ein, später war sie mit der wörtlichen Aufforderung gleichzeitig, sodass sich die Patientin nicht erinnerte, wodurch sie eingeschlafen war. Die Streichungen und andere Vornahmen waren geeignet, die Einrede zu unterstützen nnd ihr einen gewissen Nachdruck zu geben. Sie büssten ihre ganze Macht ein, als dies in der Hypnose bestimmt worden war. Wie sie ausgeführt wurden, ob die Streichungen ab- oder aufsteigend gemacht wurden oder nur eine einfache Berührung, Anblasen u. A. stattfand, war völlig gleichgültig. Es zeigte sich klar und deutlich, dass es darauf ankommt, dass bei der ersten Ausführung der jedesmaligen Handhabung ein bestimmter Sinn untergelegt wird.

Zu der Zeit, als die Streichung und Berührung links nicht empfunden wurde, öffnete sich, wie man suggerirte, das berührte Auge werde sich öffnen, das linke Auge, ob man es nun berührte oder nicht. Es muss dem ihre Erwägung zu Grunde liegen, dass die Suggestion die linke Seite betreffe, da sie keine Berührung merkte, weil sie andernfalls rechts die entsprechende Empfindung gehabt haben müsste. Wie nachhaltig ferner einmalige Suggestionen wirken, ersieht man daraus, dass ihr, nachdem früher einmal bei Ueberreichung eines Schlüssels und entsprechender Suggestion die Unmöglichkeit, eine Thür aufzuschliessen, festgestellt worden war, dies wieder nicht möglich war, als ihr lange Zeit nachher von mir ein Schlüssel mit der Weisung eine Thür aufzuschliessen, gereicht wurde und es ihr erst mit Ermunterung von meiner Seite gelang.

Digitized by Google

Auf der anderen Seite fielen die Versuche der Gedankenübertragung und der Fernwirkung von Arzneimitteln gänzlich negativ aus. Sie waren indessen auch so angestellt, dass jegliche Suggestion strengstens vermieden war.

Es will mir ferner scheinen, als wenn sich die Gesichtshallucination einer Photographie auf einem weissen Blatt an irgend welche kleinste Merkmale knüpft. Warum sonst das Herumdrehen und genaue Besichtigen der einzelnen Blätter? Als bei einem Versuch das Herausfinden der Photographie gar leicht gelang, zeigte sich, dass das zu demselben verwendete Briefpapier wenig gleichmässig im Gefüge war und Unregelmässigkeiten erkennen liess, wie man schärfer durchmusterte. Es soll damit nicht geläugnet werden, dass die Hypnotisirte die Photographie sieht. Dieselbe dürfte vielmehr im Anschluss an ein Merkmal hallucinatorisch entstehen und entsteht jedenfalls auch im Augenblick, wo sie ein unrichtiges Blatt für das richtige ansieht und angiebt.

Weiter noch in eine eingehende Erörterung der hypnotischen Erscheinungen einzutreten, erscheint mir im Hinblick auf die ausführliche Beschreibung im Krankheitsberichte nicht gerechtfertigt, zumal ich nicht die Hypothesen über das Wesen derselben vermehren möchte. Es sei zum Schluss daher nur noch Folgendes hervorgehoben:

Die Hypnotisirte, die in den hypnotischen Zuständen von der Gegenwart Anderer wusste, mir aber willenlos folgen musste, war auch gegen ihren ausgesprochenen Willen in die Hypnose zu versetzen, wie dies auch von anderer Seite beobachtet ist, während wieder Andere die Thatsache anzweifeln und auch die sonst überaus leicht zu beeinflussende. Versuchsperson *von Krafft-Ebing*'s sich anders verhielt.

Im Gegensatz zu letzterem stellte ich auch fest, dass in meinem Falle der Transfert nicht nur für mich, sondern auch für Andere bestand, also eine objective Erscheinung war. Der Transfert ist eine rein suggestiv hervorgerufene Erscheinung, d. h. man hat nicht nöthig, Metallplatten anzuwenden; wenn man bestimmt, dass die eine Hautstelle gefühllos wird u. s. w., wird die entsprechende der anderen Seite, welche anästhetisch war, fühlend, wohl zu beachten, ohne dass dieses letztere erwähnt wird. Nachdem ich Transfert zuerst für das Gefühl durch Handauflegen

Digitized by Google

in der Ausdehnung der mit der Hand bedeckten Hautstelle, für die anderen Sinne durch Anblasen bewerkstelligt hatte, rief ich ihn später, als die Anästhesie wiederkehrte, allein durch wörtliche Suggestion hervor und zwar auch im Zustande I, um so die normale Function der Sinne mit einem Schlage ebenso leicht wieder herzustellen, als wenn ich sie ohne diese Zwischenstufe gleich für normal erklärte.

Die Möglichkeit, in der Hypnose auf die Gemüthsstimmung einzuwirken, ist nach meiner Erfahrung über allem Zweifel erhaben. Die Suggestionen wurden so gegeben, dass an die Besserung im körperlichen Zustande angeknüpft und eine hoffnungsfreudige Stimmung begründet wurde. Auch trat eine sichtliche Besserung in der Stimmung ein, wenn untersagt wurde, bestimmten traurigen Gedanken nachzuhängen. Das wechselvolle Bild des hysterischen Gemüthslebens blieb aber, bis die Kranke nach einem heftigen Auftritt, der ihrem hysterischen Charakter entsprechend jeglicher thatsächlichen Unterlage entbehrte, sich in ihrem ganzen Wesen gefangen gab, nachdem sie aufs schwerste darunter zu leiden hatte. Von da ab war ihr Auftreten ein gleichmässiges und entsprach den Vorstellungen, welche ihr nicht nur in der Hypnose, sondern auch im wachklaren Zustand gemacht waren.

Nachtrag.

Seitdem Vorstehendes niedergeschrieben wurde, ist bis zur Drucklegung eine geraume Zeit verstrichen. Da ich nun in der Lage bin, über das weitere Befinden und Verhalten der Patientin Mittheilung zu machen, halte ich es für angemessen, zum Schluss darüber zu berichten.

Sie erfreute sich zunächst bis zum Monat November eines ungetrübten Wohlseins und nahm sich der Hauswirthschaft mit Eifer und Ausdauer an. Es machten sich dann wieder Kopfschmerzen bemerklich und Ausgangs November trat wieder die frühere Widersetzlichkeit und Reizbarkeit und im Anschluss an die Periode linksseitige Gesichtsschwellung auf, und kamen Klagen über Schmerzen in der linken Körperseite. In Folge dessen bestellte ich sie zu mir, hörte, dass sie die vor der Entlassung gegebenen posthypnotischen Suggestionen sämmtlich zur richtigen Zeit ausgeführt hatte, stellte

Digitized by Google

fest, dass die halbseitige Anästhesie sich in allen Sinnesgebieten wieder eingefunden hatte und die schmerzhaften Druckpunkte wie früher vorhanden waren, und beseitigte in kurzer Hypnose alle krankhaften Erscheinungen. Das Ulcus port. vagin. wurde geheilt gefunden. Dies war am Vormittage des 11. December. Nachmittags war die Wirkung schon wieder theilweise verschwunden. Die Hypnose wurde mit sofortigem Erfolg wiederholt. Aehnlich war es am nächsten Tage.

Es war unter diesen Umständen beabsichtigt, eine längere hypnotische Behandlung regelrecht durchzuführen. Doch scheute die Patientin die Eisenbahnfahrt, da die linke Gesichtsseite wieder anschwoll, und blieb fort. Es steigerten sich nun die Erscheinungen. Im Januar trat sie mit allerhand Plänen hervor. Am 30. Januar war sie plötzlich heimlich nach Berlin abgereist. Am 2. Februar zurückgeholt, verschwand sie schon am 3. wieder nach dem Wohnsitz ihres früheren Mannes und behauptete später, sie habe einen Brief bekommen, dort die Sachen abzuholen, die dieser nicht haben wolle. Nach ihrer Zurückholung durch die Schwester traten hysterische Krämpfe auf, am 16. Februar verlor sie die Sprache und blieb seitdem wegen Lähmung zu Bett liegen. Sie war gegen ihr Dienstmädchen gereizt, die ihr nichts recht machen konnte. In ihrer qualvollen Lage verlangte sie, dass ich herbeigeholt werde. Ich fuhr am 10. März zu ihr und beseitigte in der Hypnose in kurzer Zeit alle krankhaften Erscheinungen. Die Suggestionen berücksichtigten neben den körperlichen Krankheitszeichen mit besonderem Nachdruck ihr psychisches Verhalten und wurden sehr leicht angenommen.

Es macht mir den Eindruck, als wenn die Empfänglichkeit dafür und nachhaltigere Wirkung der Hypnose mit der grösseren Verschlimmerung gewachsen sei. Wenigstens ist seit dieser letzten hypnotischen Sitzung das Befinden ein untadelhaft gutes geblieben. Der Vater schrieb mir am 23. Juni: Die Führung sowie der Charakter seiner Tochter sei bis jetzt ein ganz vorzüglicher; es lasse sich nichts von Aufregung bei ihr bemerken. Sie mache mit der grössten Lust und Liebe ihre wirthschaftlichen Arbeiten, lasse sich auch hin und wieder einen gerechten Tadel gern gefallen, während sie früher bei jeder Kleinigkeit emporfuhr und sich ausredete. Das gute Befinden dauert bis jetzt an.

Digitized by Google

Wie man sich erinnern wird, hatte ich oben dahingestellt sein lassen, ob das gute Befinden der Patientin bei ihrer Entlassung es gestatte, eine vollständige Genesung bei ihr anzunehmen. Sie wurde nur zu bald wieder rückfällig und daher in gleicher Weise wie vordem der Behandlung bedürftig, die auch den früheren Erfolg hatte. Wenn nun auch durch die hypnotische Behandlung eine dauernde Heilung nicht erreicht sein dürfte, so ist es doch auch in diesem Falle erwiesen, dass sie auf eine so schwere Erkrankung wie die grosse Hysterie ist, von günstigster, länger dauernder und so auffallender Wirkung ist, dass gegen sie kein anderes Behandlungsmittel aufkommen kann.

Sorau, den 27. Juli 1892.

Digitized by Google

Die geistigen Entwickelungshemmungen durch Schädigung des Kopfes vor, während und gleich nach der Geburt der Kinder.

Von

Director Dr. **Wulff** in Langenhagen.

Wie in der Psychiatrie überhaupt das Capitel der Erkrankungsursachen noch sehr der fortwährenden Aufklärung bedarf, so treten uns beim Studium der Aetiologie des Schwachsinns im speciellen fort und fort Fragen entgegen, die einer näheren Würdigung durchaus werth erscheinen. So drängt sich uns hier die grosse causale Bedeutung des Schädeltraumas als Erkrankungsursache immer wieder auf, und bei den Schwachsinnszuständen, die als angeborene, oder frühzeitig erworbene in unsere Beobachtung kommen, ist, auch wenn die Krankheit als solche nicht unmittelbar im Anschlusse an das Trauma erkannt wurde, oder gewisse verbindende Symptome den Zusammenhang auch nicht direct äusserlich erkennbar machten, die Frage nach den Schädigungen des Gehirns vor, während oder gleich nach der Geburt eine sehr naheliegende. Seit der Veröffentlichung Dr. *Guder*'s (Zeitschrift f. d. Beh. Schwachsinniger u. Epileptischer 1887 pag. 67, sqq.) habe ich auf diesen Punkt ganz besonders mein Augenmerk gerichtet und unsere früheren Krankengeschichten durchmustert, um ein genügendes Material zur Beurtheilung der Frage zu sammeln.

Es scheinen im Allgemeinen die Ansichten noch nicht genügend

Digitized by Google

geklärt, genügendes Material zur endgültigen Beurtheilung noch nicht beigebracht zu sein. ***Savage*** (Geisteskrankheiten 1887) z. B. sagt: „Idiotie scheint nicht besonders häufig auf künstliche Entbindung zu folgen; es ist wohl sicher, dass Verletzungen kurz vor oder nach der Geburt Blödsinn bewirken können, ebenso aber auch, dass solche in den ersten Kinderjahren bedeutend häufiger sind"; ebenso *Griesinger* (Path. u. Ther. 1876): „Bei der Geburt können in seltenen Fällen Beeinträchtigungen des Kopfes schädlich werden"; *v. Krafft-Ebing* sagt (Lehrb. 1883): „Während der Geburt können traumatische Schädlichkeiten auf das kindliche Gehirn einwirken, die zu Idiotismus führen, — in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kommen aber die Schädlichkeiten etc. — erst nach der Geburt, in den Jahren der Kindheit zur Geltung"; ***Emminghaus*** (die psych. Störungen im Kindesalter) drückt sich so aus: „Beim Geburtsvorgang selbst kann Idiotie noch begründet werden durch Schädlichkeiten, welche den Kopf treffen etc." und führt eine Zusammenstellung von ***Mitchell*** (Transact. of the obst. Soc. 1862) an, wonach von 494 Idioten 57 langdauernde Geburten, 22 (davon 9 schwere) Zangengeburten und 4 Wendungen durchgemacht hatten, also jedenfalls ein nicht ganz unbedeutender Procentsatz. Immerhin sind in der Literatur, soweit solche mir z. Z. zugänglich ist, nicht gar viele diesbezügliche Fälle veröffentlicht; ich erwähne hier: ***Koch***, Kopenhagen (neurol. Centralblatt 1887), der einen Fall von Idiotie in Folge einer Zangenapplication beschreibt; ***Bramwell*** (the brit. med. J., ref. neur. Centralbl. 1887), der einen Fall von Epilepsie und Hemiplegie nach einer Quetschung des Schädels durch Instrumente bei der Geburt erwähnt; ***Winkler*** und ***Bollaan*** (Weekbl. van het Nederl. Gen. 88, ref. neur. Centrlbl. 1889), die einen Fall von Idiotie nach Zangengeburt anführen. ***Fletcher Beach*** (The Lancet 1889, ref. d. Med. Ztg. 1889) fand unter 810 Fällen von Idiotie 4,3 pCt. die in Folge der Application der Zange, 26,6 pCt. die durch schwierigen und prolongirten Geburtsverlauf die geistige Störung erlitten. Weiter giebt ***Guder*** (l. c.) eine übersichtliche Zusammenstellung derartiger Beobachtungen vor während und nach der Geburt durch Insulte des Kopfes zu Stande gekommenen Fälle von Schwachsinn.

Ich selbst verfüge über mehr oder weniger vollkommene Anamnesen und Beobachtungen von 1436 idiotischen Kindern verschie-

Digitized by Google

densten Grades und aller Formen, die im Laufe der Jahre in unserer Anstalt zur Aufnahme gelangt sind und, meine ich, wird es an der Hand dieses Materials nicht ohne Interesse sein, eine Untersuchung anzustellen über die Häufigkeit intrauteriner, oder während und bald nach der Geburt acquirirter Kopftraumata, auf welche die Idiotie zurückzuführen ist.

Anamnestisch wird nun öfter als Ursache eine einfache, schwere oder langdauernde Geburt angegeben, doch dürfen wir, meines Erachtens, diese nur dann berücksichtigen, wenn sie ärztlicherseits als schwere, den kindlichen Schädel entschieden beeinträchtigende Geburt bestätigt wird, denn der Laie, besonders der nächste Angehörige, um den es sich ja meist handelt, ist geneigt, jede nicht ausserordentlich leicht von Statten gehende, oder jede mit auch nur minimalen Wehenschmerzen einhergehende Geburt als schwer zu bezeichnen, während sie in Wirklichkeit, speciell was die Einwirkungen auf das Kind betrifft, eine durchaus leichte genannt werden muss. Diese habe ich bei meiner Zusammenstellung deshalb ausserhalb der Berechnung gelassen.

Ferner habe ich die Beckenendgeburten, auch wenn anamnestisch darauf folgende Asphyxie des Kindes angegeben wurde, nur dann mit in Betracht gezogen, wenn die Asphyxie als Scheintod besondere, langdauernde Wiederbelebungsversuche erforderlich machte und das Kind längere Zeit post partum schwach, hinfällig blieb; denn die Beckenendgeburt bei normalem oder wenig verändertem Becken und bei guter Wehenthätigkeit bietet für den kindlichen Schädel kaum jemals besondere Gefahren, und die dabei natürlich sehr leicht eintretende geringe Asphyxie pflegt ohne irgend welchen Nachtheil ja fast immer wieder in kurzer Zeit dem Normalzustande Platz zu machen.

Unter den 837 männlichen und 599 weiblichen Kranken, zusammen 1436, wurden bei 127 M. (= 15,2 pCt.) und 71 W. (= 11,9 pCt.), in Sa. bei 198 Kranken (= 13,8 pCt.) derartige den Kopf des Kindes vor, während oder gleich nach der Geburt treffende Insulte angeführt.

In nachstehender Tabelle glaube ich eine leichtere und klarere Uebersicht zu geben, als es durch eine einfach aneinandergereihte Zahlenwiedergabe möglich ist:

Digitized by Google

Ursache	Anzahl überhaupt			pCt.	Davon epileptisch			Davon hereditär belastet			Obductionen		
	M.	W.	Sa.		M.	W.	Sa.	M.	W.	Sa.	M.	W.	Sa.
1. Intrauterine Verletzungen durch Stoss, Fall etc. der Mutter	8	4	12	6,1	2	1	3	8	4	12	2	—	2
2. Umschlingung der Nabelschnur und Asphyxie	7	5	12	6,1	3	1	4	6	2	8	1	4	5
3. Intrauterine Verletzung und Umschlingung der Nabelschnur	1	2	3	1,5	1	1	2	—	1	1	1	—	1
4. Schwere Zangengeburt, meist mit Druckstellen	22	16	38	19,2	8	4	12	14	6	20	3	3	6
5. Schwere langdauernde Geburt mit ärztlicher Hülfe	19	8	27	13,6	2	2	4	8	4	12	3	—	3
6. Sehr schwere, mehrere Tage währende Geburt	27	18	45	22,7	1	2	3	13	6	19	6	2	8
7. Schwere, langdauernde Kopf- oder Beckenendgeburt mit starker Asphyxie	34	13	47	23,7	8	3	11	19	6	25	5	2	7
8. Präcipitirte Geburt mit Sturz auf den Kopf .	2	3	5	2,5	—	—	—	1	1	2	1	—	1
9. Kopfverletzungen im 1. Lebensjahre	7	2	9	4,5	3	1	4	2	—	2	—	1	1
Summe:	127	71	198	—	28	15	43	71	30	101	22	12	34
Also in pCt.:	—	—	—	—	22,0	21,1	21,7	55,9	42,3	51,0	—	—	—

Digitized by Google

Nach dem 30jährigen Durchschnitt waren in unserer Anstalt unter den Idioten 14,9 pCt. epileptisch, während nach der obigen Tabelle von den intrauterin, bei oder nach der Geburt geschädigten Idioten 21,7 pCt. epileptisch waren, also ein Zeichen, dass die Schädigung des Gehirns Veränderungen in demselben setzte, die in ihren Folgen zum Idiotismus führten, zugleich aber die Epilepsie hervorriefen und dazu ganz besonders geeignet waren, mehr als im Durchschnitt andere den Idiotismus bedingende pathologische Zustände des Gehirns. Dies würde ja auch eine gewisse Uebereinstimmung damit zeigen, dass für das Zustandekommen der Epilepsie an sich gerade das Schädeltrauma eine hervorragende Rolle spielt.

Wichtig ist bei unserer Betrachtung jedenfalls auch, dass eine sehr grosse Zahl der herangezogenen Fälle (51 pCt.) hereditär belastet war. Nach den Ergebnissen des 30jährigen Durchschnitts waren bei den bei uns Aufgenommenen 44,9 pCt. hereditär belastet, doch ist hierbei nicht die Trunksucht der Ascendenz eingerechnet, wie es bei der obigen tabellarischen Zusammenstellung geschehen ist; nehmen wir dieses belastende Moment dazu, so kommen wir auf 53,3 pCt., also es ist nur ein unwesentlicher Unterschied in der erblichen Belastung bei den Idioten im allgemeinen und den hier in Betracht kommenden Idioten vorhanden. Aber immerhin ist der Procentsatz der Belasteten so hoch, dass man geneigt wird anzunehmen, dass jede das Gehirn treffende schädliche Einwirkung, die bei nicht belasteten Individuen vielleicht ohne irgend welche Spur zu hinterlassen vorübergeht, bei erblich belasteten Menschen ausserordentlich leicht dauernde zum Idiotismus führende Störungen hervorruft. Auch wird man darauf hingewiesen in prophylactischer Hinsicht bei belasteten Kindern in der ersten Jugend auch die geringfügigsten Schädelinsulte auf das sorgfältigste meiden zu lassen!

Da die Heredität eine so grosse Bedeutung für das Zustandekommen der Idiotie hat, ergiebt sich hier eine grosse Schwierigkeit in der richtigen Würdigung der Ursachsmomente. Es ist sicherlich in unseren Fällen der causa disponens und der causa efficiens der entsprechende Antheil an dem Zustandekommen der Krankheit zuzusprechen, aber trotzdem ergiebt sich wohl aus den vorstehenden Zahlen, dass, wenn auch die hereditäre Belastung von vorne herein ein leichtes vulnerables Gehirn darbietet, dies doch bei den

Digitized by Google

hier in Betracht kommenden Fällen nicht öfter stattfindet, wie bei der Idiotie im Allgemeinen, dass also die Insulte des kindlichen Kopfes hier schon an sich eine grosse Bedeutung haben.

Wenn auch die Anzahl der von mir angeführten Fälle (13,8 pCt.), wo die Schädigungen des Kopfes vor, während oder gleich nach der Geburt die Idiotie im Gefolge hatten, nicht an die von *Mitchell* (l. c.) gefundenen (cc. 16½ pCt.) heranreicht, — eine Differenz, die wohl lediglich darin begründet ist, dass ich aus meinem Materiale die zweifelhaften Fälle aussonderte (cfr. oben) — so ergiebt sich doch, dass derartige Schädigungen öfter vorkommen, als es nach den vorhandenen Mittheilungen der Fall zu sein scheint, ja dass solche Schädigungen noch öfter vorkommen als ätiologisches Moment, als die Trunksucht bei der Ascendenz, deren Vorkommen von meinem Vorgänger *Kind* (diese Zeitschr. Bd. 40) bei 11,38 pCt. unter 923 Fällen festgestellt wurde.

Die pathologischen, meistens chronisch verlaufenden Processe, die als Folgen der betr. Insulte des kindlichen Kopfes anzusehen sind, sind natürlich nicht einheitlicher Natur; sie können als congestive, als entzündliche, als sonstige Ernährungsstörungen des Gehirns, der Hirnhäute und des Schädels (vorzeitige Synostosen) auftreten und bedingen im allgemeinen und der Hauptsache nach eine Functionsstörung der Hirnrinde.

Die bei den 34 Obductionen der durch die oben angeführten Kopfinsulte erkrankten Kinder gewonnenen Resultate stelle ich nachstehend in mehr übersichtlicher Form zusammen:

Obductionsergebniss	M.	W.	Sa.	pCt.
Mikrocephalie	3	2	5	14,7
Verwachsung zwischen Dura und Schädel	2	1	3	8,8
- - - Dura und Pia . .	7	3	10	29,4
- - - Pia und Gehirn .	4	2	6	17,6
Pachymeningitis chronica	6	1	7	20,6
Leptomeningitis chronica	13	8	21	61,8
Hydrocephalus externus	2	1	3	8,8
- internus	8	3	11	32,3
Atrophia et Sclerosis cerebri	7	5	12	35,3
Porencephalie	2	—	2	5,9

Was noch die vorzeitigen Synostosen am Schädel betrifft, so ist leider in früheren Jahren kein besonderes Augenmerk darauf gerichtet; in den letzten Jahren kamen dieselben in 40 pCt. aller

Digitized by Google

zur Obduction gekommenen, in 57 pCt. der hier in Betracht kommenden Fälle vor, also nächst der Leptomeningitis chronica der häufigste Befund.

Es würde kaum interessiren, eine grosse Anzahl, oder gar alle Krankengeschichten hier anzuführen; sie gleichen sich auch im allgemeinen allzusehr. Es sei jedoch gestattet, aus der Zahl der Fälle einige den oben genannten Kategorien entsprechende Krankengeschichten hier kurz folgen zu lassen.

1. F. S., Knabe, 7 Jahre alt, unehelich geboren. Eltern gesund, Halbbruder der Mutter dumm, doch völlig erwerbsfähig; ein nachgeborner Bruder starb an acuter fieberhafter mit Krämpfen einhergehender Krankheit. Mutter fiel 2 Wochen vor der Geburt von der Treppe, von da an Schmerzen im Abdomen und bettlägerig. Geburt normal; das Kind von Anfang an schlaff, hinfällig, schwer zu ernähren, erbricht öfter, schläft viel, schreit oft auf, reagirt sehr wenig; mit $^1/_4$ Jahr stellen sich öfter Krampfanfälle ein, die sich in unregelmässigen Zwischenräumen wiederholen, Speichelfluss tritt auf, es wird am Ende des ersten Lebensjahres bemerkt, dass das Gehör fehlt; die unteren Extremitäten werden fast garnicht bewegt, es stellen sich mässige Contracturen an denselben ein, die Musculatur wird mässig atrophisch, der Ernährungszustand bleibt mangelhaft; Aeusserungen des Geisteslebens werden fast garnicht bemerkt; Gehen und Stehen lernt er nicht. Stirbt $8^1/_2$ Jahr alt, ohne das besondere Krankheitserscheinungen zu Tage getreten waren, allmählich schwächer werdend. Obduction: Leptomeningitis chronic. diffus., Porencephalie, Hydroceph. chron. internus.

2. L. Pfl., Mädchen, $5^1/_2$ Jahre alt, ehelich geboren. Mutter erregbar, epileptisch; Grossvater (m.) nervös und Potator; die 3 Geschwister des Kindes völlig gesund, Gravidität normal verlaufend, Geburt leicht, doch mehrfache Umschlingung der Nabelschnur, in Folge dessen Cyanose des Gesichts und sehr starke Asphyxie, die erst nach mehreren Stunden beseitigt wird; das Kind bleibt schwächlich und zart, die Ernähnung geht schlecht von Statten; es liegt apathisch da, hat einzelne Zuckungen im Gesicht, ist öfter ohne Grund sehr unruhig, schreit viel und ist nicht zu besänftigen, zeigt selten Nahrungsbedürfniss. Mit $^1/_2$ Jahr stellen sich epileptische Krämpfe ein, die selten nur wiederkehren. Allmählich wird die Ernährung besser, es fängt auch an, etwas zu spielen, lernt die Mutter kennen; mit 3 Jahren erlernt sie das Gehen, das Sprechen nie. Dann wird das Kind lebhafter, zeigt auch mehr Aufmerksamkeit für die Umgebung, jedoch ist solche nur für kurze Zeit zu fesseln. Allmählich fängt sie an zu kränkeln und körperlich zurückzugehen, leidet an Tuberculose. Stirbt $7^1/_2$ Jahre alt. Obduction: Tuberculosis. Pachy- und Leptomeningitis chron. Verwachsung von Dura und Schädel und von Dura und Pia an vielen Stellen der Convexität.

3. H. B., Knabe, $11^1/_2$ Jahre alt. Ehelich geboren, Eltern und Grosseltern gesund. Vater Potator. Sämmtliche Geschwister gesund. Gravidität nor-

Digitized by Google

mal; Geburt schreitet sehr langsam vor, der Arzt muss die Zange anlegen und mit grosser Mühe wird die Geburt bendet. Zangendruck über linke Stirn und linkes Scheitelbein. Das Kind ist nach der Geburt sehr schwach, schlummerte viel, in der linken Gesichtshälfte zeigen sich wiederholt heftige andauernde Zuckungen der Musculatur; ist zeitweise sehr unruhig und schreit lange Zeit, nimmt an den Vorgängen in der Umgebung nicht Theil, erkennt die Angehörigen nicht. Mit $^3/_4$ Jahr traten zum ersten Male leichte epileptische Krampfanfälle auf, die sich in unregelmässigen Intervallen, etwa alle 2—3 Wochen wiederholten. Er erlernt das Gehen mit 2 Jahren, beginnt nach vollendetem 3. Jahre zu sprechen. Allmählich bessert er sich geistig und körperlich, er versteht den Inhalt eines einfachen Gesprächs, kennt seine Umgebung, ist anhänglich, sucht sich zu beschäftigen und zeigt ein recht gutes Gedächtniss. Der Schulbesuch ist von geringem Erfolge, doch beschäftigt er sich sehr gut mit einfachen häuslichen Arbeiten. Stirbt 25 Jahre alt. Obduction: Leptomeningitis chronic., Verwachsung von Dura und Schädel links. Sclerosis des linken Scheitellappens, Porencephalie im linken Stirnlappen.

4. L. W., Knabe 6 Jahre alt, hereditär nicht belastet, auch 6 Geschwister völlig gesund. Gravidität verläuft normal, Geburt sehr lange dauernd trotz kräftiger Wehen, dem hinzugerufenen Arzte gelingt es erst nach langem Kreisen die Geburt ohne Instrumente zu beenden. Das Kind ist aber stark asphyktisch und mehr vom Arzte wieder ins Leben zurückgerufen worden, kann kaum saugen, die genossene Muttermilch fliesst immer wieder aus dem Munde heraus, es schreit in den ersten Monaten sehr viel, der Schlaf ist unruhig. Es nimmt nicht Antheil an den Vorgängen in seiner Umgebung. Allmählich tritt lähmungsartige Schwäche in den Extremitäten und leichte Contracturen in den unteren Extremitäten auf, erst mit $4^1/_2$ Jahren lernt er etwas gehen; die Sprache bleibt auf einzelne wenige Wörter beschränkt; allmählich bessert sich der Zustand etwas, so dass er in der Schule einige Fortschritte macht; dann nimmt nach einiger Zeit ohne äussere Veranlassung die lähmungsartige Schwäche in den Gliedern wieder zu, er wird unreinlich, die Ernährung nimmt mehr und mehr ab, während er geistig auf derselben Stufe stehen bleibt. Stirbt an zunehmender Schwäche 13 Jahre alt. Obduction: Leptomeningitis chronic., diffuse Verwachsungen zwischen Dura und Pia mater.

5. H. W., Knabe, $6^1/_2$ Jahre alt, unehelich geboren. Grossmutterschwester idiotisch und epileptisch, Grosseltern und Eltern gesund. 1 Schwester starb mit 1 Jahr an Krämpfen, die übrigen Geschwister gesund. Gravidität verläuft normal. Steissgeburt, die nach sehr langer Dauer vom Arzte beendet werden muss, das hochgradig asphyktische Kind kann erst nach langer Mühe vom Arzte ins Leben zurückgerufen werden, es bleibt dann theilnahmlos, ist oft unruhig und schreit viel, der 4. und 5. linke und der 5. rechte Finger kommen in Contracturstellung und verbleiben darin. Das Gehen erlernt er im 4., das Sprechen im 5. Lebensjahre. All-

Digitized by Google

mählich wird er lebhafter, nimmt an Ernährung zu, bleibt aber im Längenwachsthum ziemlich zurück. Macht in der Schule nur geringe Fortschritte, erlernt auch nur in geringem Grade sich beschäftigen. Die Ernährung geht dann langsam in Folge von Erkrankung an Lungentuberculose zurück; stirbt 12 Jahre alt. Obduction: Tuberculose. Pachymeningitis chronic.; gallertige Entartung der weichen Häute.

6. C. B., Knabe, $5^1/_2$ Jahre alt, Grossvater (v.) Potator, Vater „schwach von Verstand", die Geschwister alle gesund. Gravidität normal. Die Geburt dauert bei guter Wehenthätigkeit 4 Tage, das Kind ist stark asphyktisch, dann schwächlich, theilnahmlos, in den nächsten Wochen bald viel schlummernd, bald viel und andauernd schreiend, in der 7. Woche ein eklamptischer Anfall, später in ungelmässigen Zwischenräumen epileptische Anfälle. Sprache fehlt, das Gehen erlernte er sehr spät; wenn er allmählich auch geistig regsamer wird, sich lebhaft bewegt, so bleibt seine Aufmerksamkeit doch sehr gering, er beschäftigt sich fast gar nicht; die Reinlichkeit, anfangs ungenügend, bessert sich durch Gewöhnung und Erziehung allmählich; später bleiben die epileptischen Krämpfe fort, auch wird er etwas ruhiger. Zuletzt nimmt ohne acute Krankheitserscheinungen sein Kräftezustand sehr ab, stirbt $19^1/_2$ Jahre alt. Obduction: Verwachsung von Dura und Pia an vielen Stellen der Convexität, beiderseits längs der Incis. long. 3 Fingerbreit eine Leptomeningitis chronic. Hydrocephalus chronic. internus.

7. A. S., Mädchen, $10^1/_2$ Jahre alt, Geschwister, Eltern, Grosseltern gesund, bis auf den Grossvater (m.), der in geringem Grade schwachsinnig, doch völlig erwerbsfähig ist. Gravidität normal, Geburt sehr leicht, so dass, noch ehe die Hebamme zur Stelle war, das Kind aus dem Genitaltractus hervor mit dem Kopfe auf die Erde stürzte. Es war danach benommen, still, reagirte auf nichts, nahm sehr ungenügend Nahrung; in der 5. Woche leichte Krampfanfälle, es soll im Anfang auch Fieber vorhanden gewesen sein. Später wird die Ernährung besser, besondere geistige Regsamkeit wurde aber kaum bemerkt, diese trat erst mehr hervor, als sie mit dem 4. Jahre etwas Sprechen lernte; im 3. Jahre, als sie die ersten Gehversuche machte, wurde sie in ihrem ganzen Wesen lebhafter. Die Sprache ist schlecht geblieben, die Bewegungem der Extremitäten sind unbeholfen, leicht incoordinirt; im Uebrigen körperlich gesund. Geistig steht sie so tief, dass Unterrichtsversuche vergeblich waren, nur leichte und einfache Beschäftigung erlernt wurde.

8. C. R., Mädchen, 13 Jahre alt, ohne hereditäre Belastung, alle Geschwister gesund. Graviditas und Partus normal, die ersten Lebensmonate völlige normale Entwickelung. Mit $^3/_4$ Jahr Sturz aus einem Fenster aus mässiger Höhe auf den Kopf; keine äussere Verletzungen bemerkt; anfangs viel schreiend, darauf lange Zeit unlustig, schlaff, öfter nächtliche Unruhe, Ernährung mangelhaft; 6—8 Wochen nach dem Falle Zuckungen in Armen, Hand und Fingern; bald darauf werden die Finger contracturirt (an welcher Hand, oder ob in beiden ist leider nicht zu er-

Digitized by Google

sehen), die Ernährung bessert sich allmählich etwas. Ihre Aufmerksamkeit ist fast garnicht zu fesseln, sie reagirt auf Nichts, ist öfter unreinlich. Im 6. Jahre entwickeln sich allmählich epileptische Anfälle, die häufiger werden, tagsüber 4—5 mal auftreten und fernerhin bestehen bleiben. Sie hat das Gehen spät erlernt, die Sprache bleibt unverständlich und unvollkommen. Ihre geistig Regsamkeit nimmt allmählich etwas zu, doch bleiben Unterrichtsversuche in der Schule ohne Erfolg, auch erlernt sie nicht, sich zu beschäftigen. Stirbt 15 Jahre alt. Obduction: Leptomeningitis chronica convex. dextr. Sclerosis cerebri.

Was die Prognose bezüglich der Bildungsfähigkeit der hier in Betracht kommenden Kinder betrifft, so ergiebt sich aus meinen Zusammenstellungen der 198 Fälle, dass 47 M. (37,0 pCt.) und 26 W. (36,6 pCt.) zusammen 73 (36,9 pCt.) bildungsfähig waren, während eine Berechnung bei den in meine Anstalt in den letzten 30 Jahren aufgenommenen Geistesschwachen überhaupt ergiebt, dass die Bildungsfähigkeit derselben zwischen 40—50 pCt. liegt. Die bei der Geburt Geschädigten sind also durchaus etwas ungünstiger gestellt, die Prognose bezüglich der Bildungsfähigkeit entschieden ungünstiger, was mit dem Urtheile von ***Langdon Down*** (deutsch. med. W. 1887, 11) übereinstimmt.

Auffallend ist noch nach meinen Notizen das sehr verspätete Erlernen von Sprechen und Gehen bei den fraglichen Kindern:

Zur rechten Zeit erlernten:											
das Gehen:	19	pCt.	M. u.		14½	pCt.	W.;	Sa.	17½	pCt.
das Sprechen:	11	-	-	-	10½	-	-	-	11	-
Zwischen 1½ u. 5. Jahre lernten:											
Gehen:	60	-	-	-	56	-	-	-	59	-
Sprechen:	46	-	-	-	44½	-	-	-	45½	-
Nach vollendetem 5. Jahre lernten:											
Gehen:	12½	-	-	-	18½	-	-	-	14½	-
Sprechen:	23	-	-	-	25½	-	-	-	24	-
Ueberhaupt lernten garnicht:											
Gehen:	8½	-	-	-	11	-	-	-	9	-
Sprechen:	20	-	-	-	19½	-	-	-	19½	-

Nur der 6. Theil also erlernte zur rechten Zeit das Gehen, nur der 9. Theil zur rechten Zeit das Sprechen, sicher auch ein Beweis, dass durch die Schädigung des Gehirns die körperlichen Functionen stark beeinträchtigt, die Fähigkeit desselben, Vorgänge der Aussenwelt in sich aufzunehmen, zu bewahren und gegebenenfalls zu ihrer Wiedergabe andere Organe in Thätigkeit zu versetzen, bedeutend herabgesetzt wird.

Digitized by Google

Ueber passagere Sprachstörungen bei progressiver Paralyse.

Von

Dr. **W. Koenig,**
I. Assistenzarzt der Irrenabtheilung zu Dalldorf.

Dass im Verlaufe der Paralyse, namentlich im Prodromalstadium derselben, öfters kurz dauernde Anfälle von Versagen der Sprache vorkommen, ist eine längst bekannte Thatsache.

Indessen ist in der Literatur (soweit mir dieselbe zugänglich) dieser interessanten Erscheinung wenig eingehend gedacht worden. So sagt *W. Sander* in seiner Arbeit über die Prodromal-Erscheinungen der progressiven Paralyse[1]): „Zu den Erscheinungen, welche oft lange Zeit vor den psychischen Symptomen beobachtet werden, oder wenigstens noch zu einer Zeit, wo die Diagnose zweifelhaft sein könnte, gehören auch epileptoide Anfälle verschiedener Art. Es ist hier nicht von den im späteren Verlaufe der Krankheit auftretenden schweren sogenannten apoplectiformen oder epileptiformen Anfällen die Rede, sondern von sehr leichten oder nicht beachteten Anfällen, welche meist erst anamnestisch auf Befragen constatirt werden können. Sie können vollständig auch anderen epileptoiden Zuständen gleichen: Ein momentanes in sich Versenken, plötzliche Schwäche der Extremitäten der einen Seite, oft nur bei momentanem oder wenige Minuten andauerndem Verlust der Sprache" u. s. w.

Auch *Voisin* in seinem Buch „Traité de la paralysie générale des aliénées" erwähnt (p. 424) dieses vorübergehende Wegbleiben der Sprache nur nebenbei.

---

[1]) Berl. klin. W. 1876, No. 21, p. 291.

Digitized by Google

Hitzig macht in seiner Arbeit über „die progressive Paralyse“ [1]) die Bemerkung: „Ebenso trifft man auch aphasische Störungen aller Art im Gefolge der Anfälle, oder als einziges Symptom derselben an.“

Am ausführlichsten geht *Mendel* [2]) auf die Sache ein: „Apoplectiforme Anfälle“, sagt er, „kommen in dieser Periode (Prodromal-Stadium) nur in der allermildesten Form vor als Schwindel, augenblickliches Versagen der Sprache“; und in seiner Monographie: „Die progressive Paralyse der Irren“ (p. 127) spricht er von einer „atactischen Aphasie“, die nur im Prodromalstadium der progressiven Paralyse öfters mit Sicherheit constatirt werden könne, die Kranken stocken dann plötzlich in der Sprache. Sie haben das Wort, sie können es niederschreiben, aber im Augenblick nicht hervorbringen.

Derartige Anfälle sind meist ganz vorübergehender Natur, werden zuweilen von unvollständiger, besonders rechtsseitiger Hemiplegie begleitet, die ebenfalls schnell sich bessert, manchmal nur von einer unbedeutenden Hemiparese oder auch nur von der Empfindung eigenthümlicher Sensationen u. s. w. in der einen Körperhälfte; solche Anfälle können sich in unbestimmten Zwischenräumen wiederholen und erst nach Jahr und Tag treten die deutlichen Zeichen der Paralyse hervor.

Dass diesen interessanten Sprachstörungen nicht eingehendere Beachtung geschenkt worden ist, hat wohl seinen natürlichen Grund, wie schon *Sander* [3]) bemerkt, einerseits darin, dass die Patienten seltener im Prodromalstadium in die Anstalten kommen und man auf anamnestische Angaben angewiesen ist, andererseits dass sie, namentlich in vorgeschritteneren Fällen, meist über solche Anfälle keine Klage führen; endlich macht die Kürze der Anfälle, sowie die Demenz der Patienten eine exactere Untersuchung gewöhnlich illusorisch.

Im Laufe des letzten Jahres habe ich in zwei Fällen derartige passagere Sprachstörungen beobachtet, über welche ich in Folgendem zu berichten mir erlauben möchte; wenn die Untersuchung auch lange nicht so vollständig sein konnte, wie es wohl wünschens-

[1]) *Ziemssen*'s Handbuch der spec. Path. und Ther., Bd. 11 p. 1071.
[2]) *Eulenburg*'s Realencyklopädie Bd. 5. p. 192.
[3]) l. c.

Digitized by Google

werth gewesen wäre, so bieten die Fälle doch, wie ich glaube, einiges, was der Mittheilung werth ist.

Der erste Fall betraf eine 41jährige Schlächterfrau Sp. (S. 2062), welche unserer Anstalt am 14. Mai 1891 zugeführt wurde.

Anamnestisch wurde Folgendes eruirt:

Die Mutter starb altersdement; zwei Schwestern der Mutter waren geisteskrank, starben durch Suicidium. Patientin selbst soll stets gesund gewesen sein; sie ist seit 16 Jahren verheirathet, hat einmal geboren, das Kind starb 4 Wochen alt an Brechdurchfall; keine Aborte, hingegen soll Patientin zeitweise stark getrunken haben. Luës nicht nachweisbar, keine Kopfverletzung.

Seit einem Jahre leidet Patientin an Magenbeschwerden, die mit Erbrechen verbunden sind; ausserdem klagt sie seitdem häufig über Schwindel, der besonders Nachts auftritt. Seit der Zeit wird auch eine gewisse Veränderung in ihrem Wesen, Heftigkeit, Reizbarkeit beobachtet. Dazu kam vor ca. 8 Wochen eine neue Erscheinung: Die Patientin verlor zeitweise auf kurze Zeit die Sprache. Am 14. April 1891 fiel Patientin plötzlich auf der Strasse um, und bekam einen epileptiformen Anfall. Nach Hause gebracht, verfiel sie in einen längeren Schlaf. Eine Lähmung blieb nicht zurück. Einige Zeit darauf, etwa vor 4 Wochen, begann sie erregt zu werden. Sie wollte allerlei kostspielige Sachen kaufen, eine Sommerwohnung miethen, Unterricht in der Musik nehmen, einen Dampfer miethen, blieb in verschiedenen Localen die Zeche schuldig u. s. f.

Am 30. April wurde sie nach der Charité gebracht. In der dortigen, mir von Herrn Collegen *Wollenberg* freundlichst zur Verfügung gestellten Krankheitsgeschichte findet sich folgende uns speciell interessirende Bemerkung vom 5. Mai. „Nachmittags mehrere Anfälle bei erhaltenem Bewusstsein, auf die Pat. selbst aufmerksam macht, Zuckungen beider Mm. orbiculares oculi, des linken Mundfacialis und in den Halsmuskeln der linken Seite. Dabei ist die Sprache gestört, sie stottert, klagt über ein ängstliches Gefühl".

Bei uns zeigte sich Pat. in den ersten Tagen sehr erregt, schrie, sang, liess sich körperlich nicht untersuchen.

Nach einigen Tagen wurde sie wesentlich ruhiger. Es wurde nach und nach folgender körperlicher Status aufgenommen, den ich der Kürze halber zusammenfassen will:

„Pat. ist eine grosse, kräftige, leidlich gut genährte Frau. Schädel bietet nichts Besonderes. Pupillen im Dunkeln L > R; beim Blick ins Helle L = R. Lichtreaction etwas träge; Convergenz-Reaction prompt. A B frei. S = 6/6. Liest binocular Sn 0,5 in 20 cm (keine „paralytische Lesestörung"). Das G F ist nicht ermüdbar, für weiss und Farben fast normal. Die Handschrift ist nicht zitterig, zeigt aber orthographische Fehler beim Schreiben des Namens. Beim Aussprechen schwerer Worte stösst Pat. ab

Digitized by Google

und zu an, lässt Silben aus, fügt ungehörige Silben ein. Zunge wird gerade, ziemlich ruhig vorgestreckt, hat keine Narben. Cervicaldrüsen nicht zu fühlen. Puls 78, regelmässig, schwach gespannt. Herztöne schwach, rein; Lungen, Unterleibsorgane zeigen nichts Besonderes. Urin: ohne Eiweiss und Zucker. Pharynxreflex vorhanden. Vasomotorische Reflexerregbarkeit der Haut nicht gesteigert. Sensibilität für Pinselberührungen, für Druck und Nadelstiche normal; ebenso die Lagewahrnehmung. Keine hysterogenen Punkte oder auf Druck empfindliche Stellen. Die mechanische Erregbarkeit der motorischen wie der sensiblen Nerven ist erheblich gesteigert.

Bei Percussion des Facialisstammes Zucken im Mundfacialis: manchmal erfolgt noch eine Nachzuckung. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln ist gleichfalls gesteigert. Sehnenphänomene sind etwas lebhaft, nicht gerade gesteigert. Es besteht keine Hyperästhesie des Acusticus (beim Erklingenlassen der Stimmgabel); ebenso wird Bulbusdruck nicht unangenehm empfunden. — Mehrfache Versuche, Patientin zu hypnotisiren, misslangen. Nach dem Vorangegangenen dürfte wohl an der Berechtigung der Diagnose: „Dementia paralytica incipiens" kein Zweifel obwalten.

Am 30. Mai wurde notirt: „Pat. kommt heute spontan zum Arzt, um sich über einen „Krampf beim Sprechen" zu beklagen. So oft sie heute anfange zu sprechen, bekäme sie einen Krampf, der sie am Weitersprechen hindere. Es wurde nun im Laufe des Tages fast jedesmal, wenn Patientin anfing zu sprechen, folgende Störung der Sprache beobachtet: Nach den ersten Worten, die Pat. spricht, tritt plötzlich eine Pause ein; Pat. bewegt nur noch die Lippen und giebt sich Mühe, irgend etwas zu überwinden, was sie am Sprechen hindert; nach einigen Secunden fängt sie an zu lallen: dieses Lallen geht dann in ein Stottern über, bis nach einigen weiteren Secunden die Sprache wieder normal wird.

Patientin amüsirt sich in schwachsinniger Weise darüber, fragt den Arzt, woher das wohl käme; so oft wie heute seien die Anfälle noch nie gekommen; es sei ihr so unangenehm, dass sie am liebsten gar nicht mehr spräche; die Anfälle kämen nur, wenn sie laut zu sprechen versuche; es fehle ihr nicht an dem Wort, sie könne dasselbe blos nicht über die Lippen bekommen; beim Denken und stillen Lesen habe sie nie eine Störung beobachtet (also kein sog. „Gedankenstottern"); irgend eine Empfindung von Schmerz habe sie nicht; es müsse wohl ein Zungenkrampf sein, obschon sie nichts an der Zunge spüre.

Zu bemerken ist noch, dass während dieser Anfälle zuweilen ein fibrilläres Zittern in der Gesichts- und Zungenmuskulatur eintrat. Es trat weder Bewusstlosigkeit, noch eine sichtbare vasomotorische Störung auf; Pat. konnte während eines Anfalles die Zunge gerade und ziemlich ruhig vorstrecken, dabei dieselbe auch nach oben bewegen, aber keine raschen Bewegungen ausführen; eine abnorme Stellung des Gaumensegels wurde nicht beobachtet.

Irgend welche complicirten Untersuchungen waren wegen der kurzen

Digitized by Google

Dauer der Anfälle nicht möglich. Man musste sogar der Patientin immer vorher sagen, was sie während des nächsten Anfalles thun sollte, z. B. die Zunge vorstrecken, einen bestimmten Satz sprechen etc. Bei letzterem Versuch konnte man das allmälige Abklingen der Sprachstörung recht hübsch beobachten, namentlich an den Mundbewegungen oft sehen, dass ihr das Wort nicht fehlte, sondern nur das Vermögen, dasselbe deutlich zu articuliren. Nach den Anfällen war die Sprache wieder ganz normal.

Eine laryngoskopische Untersuchung war auch späterhin nicht möglich, da Pat. sich dieselbe nicht gefallen liess.

Die Anzahl der Anfälle zu zählen wurde leider versäumt; jedenfalls traten sie an diesem Tage, wie schon bemerkt, fast jedesmal auf, wenn Patientin anfing zu sprechen, sodass es fast den Eindruck machte, als würden sie reflectorisch durch die Sprachbewegungen ausgelöst.

Am 2. Juni wurden noch 2 Anfälle ärztlicherseits beobachtet, die sich durch nichts von den vorhin geschilderten unterschieden.

Es wurde versucht, die Anfälle künstlich durch Suggestion, wobei auch der elektrische Strom angewendet wurde, hervorzurufen, doch ohne Erfolg.

Am 18. Juli wurde Patientin erheblich gebessert entlassen: Anfälle waren nicht wieder aufgetreten.

Wir haben es in diesem Falle also mit passageren Anfällen von Versagen der Sprache bei einer paralytischen Frau zu thun. Dieselben treten bei erhaltenem Bewusstsein einmal mit Zuckungen der Gesichtsmuskeln und Angstgefühl, die übrigen Male ohne alle Nebenerscheinungen auf, meist sporadisch, am 30. Mai auffallend häufig, und zwar fast jedesmal, wenn Patientin zu sprechen anfängt; nach den ersten Worten ist die Sprache plötzlich wie abgeschnitten, man sieht Patientin nur Mundbewegungen machen; nach und nach findet sich unter Stammeln und Stottern die normale Sprache wieder ein. Wortbegriff und Wortverständniss fehlen während der Anfälle nicht. Der Mund kann geöffnet und geschlossen werden; langsame Zungenbewegungen sind ausführbar, rasche aber nicht. Nach den Anfällen keine Verschlimmerung der Sprache.

Der zweite Fall, in welchem die Sprachstörung allerdings weniger in den Vordergrund trat, hat eine gewisse Aehnlichkeit mit dem ersten, und ist jedenfalls für die Auffassung dieser Störungen nicht ohne Wichtigkeit:

Die 39jährige Tischlerswittwe G. (G. 835) wurde am 16. April 1891 unter der Diagnose: „Dementia paralytica" bei uns aufgenommen. Ihr Vater war Potator, sie selbst ist Jahre lang Kellnerin gewesen, Potatrix

Digitized by Google

strenua und wahrscheinlich luisch inficirt gewesen. Seit einem Jahre klagt sie über „Reissen in den Gliedern“. Seit Anfang Februar nach Aussage der Mutter, ist sie „verdreht“, zeigt sich aufgeregt, producirt eine Menge schwachsinniger Grössenideen etc. Sie wurde am 24. März nach der Charité gebracht. Hier wurde nichts beobachtet, was mit der Diagnose einer gewöhnlichen Paralyse im Widerspruch gestanden hätte.

Bei uns zeigte sie eine hochgradige Euphorie, Schwatzhaftigkeit, Grössenideen etc.

Somatisch wurde am 21. April folgendes festgestellt: Patientin ist eine grosse, kräftige, gut genährte Frau; Schleimhäute etwas blass; Sprache auffallend nasal (wegen angeborener Kürze des Gaumensegels), heiser, articulatorisch nicht gestört. Tonsillen vergrössert, kein Defect des harten Gaumens. Sowie man die Zunge mit dem Spatel hinunterdrückt, bekommt Pat. Würgbewegungen; eine laryngoskopische Untersuchung ist vollständig unmöglich. Die Zunge wird gerade, ruhig vorgestreckt, zeigt keine Bissnarben.

Pupillen sehr eng; die linke eine Spur weiter als die rechte. Reaction auf Licht träge, auf Convergenz und Accommodation prompt.

$S = {}^{6}/_{12}$, $H = {}^{1}/_{50}$, $S = {}^{6}/_{6}$ (?). Liest binocular mit $+ {}^{1}/_{40}$ Sn 0,8 in 15 cm (zeigt dabei die sog. „paralytische Lesestörung“). A B sind frei. Von den *Stilling*'schen Farbentafeln kann sie auf No. IX die Zahlen nicht erkennen. Das G F ist nicht ermüdbar, für weiss und Farben normal. Ophthalmoskopisch nichts Besonderes. Geruch und Geschmack beiderseits vorhanden. Das Ticken der Taschenuhr wird rechts ${}^{1}/_{2}$ m, links spannweit gehört. Knochenleitung normal. Linkes Trommelfell getrübt (will als Kind Ohrenlaufen gehabt haben). Tremor der gespreizten Finger; dieser Tremor, welcher schnellschlägig ist, zeigt sich auch in der Ruhelage der Hände, wenn dieselben etwas angestrengt worden sind; Puls 92, regelmässig, stark gespannt. Herz, Lungen, Unterleibsorgane bieten nichts Besonderes. Die Hautreflexe sind alle sehr lebhaft. Sehnenphänomene der O. E. und U. E. erheblich gesteigert. Fusszittern tritt schon bei Percussion der Achillessehnen ein. Vasomotorische Reflexerregbarkeit der Haut gesteigert; ebenso die mechanische Erregbarkeit der Muskeln, die der Nerven weniger. Die Sensibilität ist nicht herabgesetzt; es besteht eher eine allgemeine Hyperästhesie. Kein Romberg; Gang zeigt nichts Besonderes; Nadeleinfädeln und ähnliche feinere Manipulationen werden ganz gut ausgeführt. Die Handschrift ist nicht zitterig; es werden aber Buchstaben beim Schreiben des Namens ausgelassen. Urin: ohne Eiweiss und Zucker. Pat. lässt sich mit Leichtigkeit durch Suggestion hypnotisiren; auch im wachen Zustande kann man ihr allerhand suggeriren, z. B. sie könne die Augen nicht mehr aufmachen, nicht mehr vom Stuhl aufstehen etc. —

22. April: Cynisch, stiehlt in schwachsinniger Weise, wechselnde Grössenideen.

25. April: Klagt über häufiges Erbrechen; in's Lazareth zur Beobachtung.

Digitized by Google

25. September: Erzählt heute dem Arzte aus freien Stücken, sie habe vor 3 Tagen einen Anfall gehabt, in welchem ihr der linke Arm und das linke Bein eingeschlafen und die Sprache auf kurze Zeit weggeblieben sei, sie habe nur „a, a" sagen können. Ob die Wortbegriffe vorhanden waren oder nicht, liess sich nicht mit Bestimmtheit eruiren. Augenblicklich lässt sich weder eine Parese, noch eine Störung der Sprache nachweisen. Pupillen eng; reagiren träge auf Licht; C R gut. A B frei. Zunge kommt gerade vor, wird aber nur unter Zucken vorgestreckt gehalten. Alles andere wie früher.

3. October: Will gestern wieder einen Anfall gehabt haben, bei welchem der linke Arm steif wurde; durch Reiben will Pat. ihn wieder in Ordnung gebracht haben. Das Bein wie die Sprache sollen nicht afficirt gewesen sein.

4. October: Gestern wurde ein Anfall von einer Wärterin beobachtet. Pat., welche auf einer Bank sass, rief die Wärterin heran und sagte ihr, es sei ihr so, als ob die linke Seite elektrisirt würde, sie habe kein Gefühl darin; der Arm war nach vorn gestreckt. Pat. konnte ihn nicht bewegen; ebenso war das Bein steif ausgestreckt. Pat. fasste sich an beide Backen, sagte, sie seien ihr wie gespannt. Die Sprache klang ängstlich und war stotternd. Der ganze Anfall soll ca. 10 Minuten gedauert haben.

Pat. selbst beschreibt den Anfall ganz vorzüglich wie folgt: Während sie auf dem Corridor auf und ab ging, sei ihr plötzlich ganz schwindelig geworden; Arm und Bein linkerseits seien ihr gelähmt gewesen, so dass sie auf die neben ihr befindliche Bank „hinflog", das Bein steif ausgestreckt, der Arm in stark pronirter Stellung (Pat. macht die Stellung vor), gleichfalls extendirt. Auch Kiefer und Zunge seien gelähmt gewesen, dabei habe sie auch noch nach dem Anfall ein „Hämmern" in der rechten Schläfengegend verspürt.

Heute ist der Schädel auf Percussion nirgends empfindlich.

9. October: Klagt über dauernde Kopfschmerzen in der rechten Schädelhälfte, „so ein Hämmern", „immer um die Augen werde ich so schwindelig".

Percussion der rechten Stirnhälfte sehr empfindlich. Ord.: Natr. jod. 15:200. 3 mal tägl. 1 Esslöffel.

10. October: Will gestern Abends 6 Uhr einen Anfall gehabt haben; das linke Knie wurde steif, zitterte. Pat. fiel hin; später sei auch der Arm steif geworden (in Pronationsstellung). An der Sprache und im Gesicht sei nichts gewesen. Der ganze Anfall (Pat. will nach der Thurmuhr gesehen haben) soll 6 Minuten gedauert haben. Sie will seitdem heftige Schmerzen in der rechten Hinterhauptsgegend haben.

14. October: Klagt noch immer über „das Hämmern in der rechten Kopfhälfte": „da muss etwas drin sein". Seit 14 Tagen ist Pat. viel ruhiger, producirt keine Grössenideen mehr. Beim Blick nach rechts deutliche nystagmusartige Bewegungen der Bulbi.

Digitized by Google

17. October: Will heute früh wieder einen Anfall gehabt haben; linker Arm und linkes Bein seien steif gewesen, keine Sprachstörung. Abends um 6 Uhr will sie noch eine Schwäche im linken Knie verspüren.

Status praesens: Pat. steht auf dem rechten Bein ganz gut und ruhig; versucht sie auf dem linken zu stehen, so fängt das Bein und mit ihm der ganze Körper an zu zittern.

Beide Arme werden gleich hoch und gleich rasch erhoben. Händedruck beiderseits gleich. Bei ausgestreckten Armen und gespreizten Fingern zittern beide Hände gleichmässig. In der Rückenlage werden beide Beine ad maximum erhoben. Der linke Fuss zittert dabei sehr stark. Die Sehnenphänomene der O E beiderseits gleichmässig erhöht.

Kniephänomene beiderseits ausserordentlich gesteigert. Links deutlich stärker wie rechts. Links ist auch mit Leichtigkeit Fussclonus zu erzielen.

Bei brüsken passiven Bewegungen machen sich aber keine Spasmen bemerkbar. Beim Kitzeln der Fusssohlen wird das ganze Bein schnell zurückgezogen; dabei tritt Plantarflexion der Zehen ein. Die Zunge kommt gerade, ziemlich ruhig heraus. Ueber dem rechten Auge befindet sich eine über 5 Markstück grosse, bei Percussion sehr empfindliche Stelle. Kein Romberg. Beim Gehen und Traben fällt nichts Besonderes auf. Beim Fingernahenversuch zeigt die linke Hand ein deutliches Zittern im Gegensatze zur rechten; auch wird der Kniehackenversuch links etwas ungeschickter ausgeführt, wie rechts. Bei Prüfung der motorischen Kraft der Beine zeigt sich eine leichte Schwäche des linken Beines. Leichte Berührungen und Nadelstiche werden überall empfunden und richtig localisirt. Stellungsveränderungen der Finger und Zehen werden richtig angegeben. Alles übrige unverändert.

18. October: Will heute früh einen Anfall gehabt haben. Wie sie aufstand, „entfiel“ ihr der linke Arm, wurde stark pronirt; „Zeigefinger und Daumen wurden fester zusammengepresst“. Das Bein war diesmal nur mässig steif und zitterte; Gesicht und Sprache nicht afficirt. Vorher wurde ihr schwarz vor den Augen, sah „grosse Flocken“.

20. October: Schnelle Fingerbewegungen werden links entschieden nicht so rasch ausgeführt, wie rechts; bei brüsken passiven Bewegungen im linken Ellbogengelenk tritt öfters ein schmerzhaftes Verziehen des Gesichtes auf. Pat. klagt über Schmerzen in der linken Schulter. Beim Kämmen der Haare sei es ihr manchmal so, als ob die „Sehnen“ des linken Armes „zu kurz“ wären, kann mit der Hand nicht an den Kopf.

Momentan ist nichts dergleichen zu constatiren. Pat. steht auf dem rechten Fuss unvergleichlich sicherer, wie auf dem linken.

21. October: Will heute früh einen Anfall gehabt haben. Wollte sich die Haare kämmen; dabei „blieb der linke Arm oben stehen“. Pat. rief die Wärterin herbei. Dieselbe fand den Arm in der eben erwähnten Stellung; derselbe liess sich jedoch ohne Mühe nach unten bringen.

Digitized by Google

Indem Pat. dem Arzte den Anfall auf Aufforderung vormachen will, fängt sie plötzlich an zu grimassiren, die Augen schliessen sich, sie stürzt hin, schlägt mit Händen und Füssen um sich, schreit. Pupillenreaction nicht zu prüfen. Der Anfall hat einen hysterischen Charakter. Nach ungefähr einer Minute konnte sie aufstehen. Die Thränen liefen ihr herunter: „das ist jetzt etwas ganz Anderes gewesen; so etwas war noch nie". Pat. geht ganz eigenthümlich; der Gang hat etwas gemachtes.

Bald darauf ein zweiter Anfall: Pat. schreit, verzieht das Gesicht nach beiden Seiten, wie beim Weinen, zittert am ganzen Körper, dann werden die Daumen eingeschlagen, beide Beine extendirt, lassen sich nicht beugen; einige Secunden darauf fängt Pat. an, um sich zu schlagen und zu stossen; der Mund ist leicht geöffnet; Zunge liegt gerade auf dem Boden der Mundhöhle, Zäpfchen steht gerade. Pupillen reagiren auf Licht. Pat. giebt durch Zeichen zu verstehen, dass sie nicht sprechen, den Mund, die Zunge nicht bewegen könne. Dies dauert nur einige Secunden. Bei einem bald darauf erfolgenden 3. Anfalle wurde der linke Arm im Ellbogengelenk gebeugt, der Vorderarm stark pronirt, die Faust geballt, aber auch die anderen Extremitäten befanden sich in leichter tonischer Spannung; nur liess sich das linke Bein bedeutend schwerer im Kniegelenk beugen, wie das rechte. Diesmal war die Sprache unbehindert. Während des vorigen Anfalles „thaten ihr die Backen so weh" (weint). Es gehe ihr durch und durch (zeigt auf die Brust). Sprache nach dem Anfalle ganz normal; während der Anfälle verstand Patientin ganz gut, was man sagte; machte anscheinend keinen Versuch zu sprechen; wenigstens bemerkte man an den Muskeln des Gesichts und der Zunge nichts, was darauf hätte schliessen lassen. Nach dem Anfall Zittern der Gesichtsmusculatur beim Sprechen. Während der beiden letzten Anfälle sass Patientin auf einem Lehnstuhl.

Händedruck nach den Anfällen links allerdings merklich schwächer als rechts. Der Gang zeigt nach dem letzten Anfall nichts besonderes.

Bald darauf 4. Anfall: Verziehen des Gesichtes wie zum Weinen. Linker Arm wie vorher; beide Beine leicht extendirt; auch im rechten Arm leichte Steifigkeit. Auf Aufforderung steht Pat. während des Anfalles vom Stuhle auf, obwohl es ihr schwer wird; nach einigen Secunden ist Alles vorüber.

Es wird der Pat. suggerirt, dass sie heute keinen Anfall mehr bekommen würde.

Nachmittags: Kein Anfall mehr; hat sich zu Bett gelegt, klagt über Zittern in der linken Hand, Muskelschmerzen im linken Arm, und Kopfschmerzen in der rechten Stirngegend: „So ein Stechen, so ein Kribbeln".

Druck auf den linken Kiefer, sowie auf die Muskelansätze in der Gegend des linken Ellbogengelenkes sehr schmerzhaft. Sehnenphänomene der O. E. beiderseits gleichmässig gesteigert. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln ist links vielleicht etwas stärker als rechts. Kniephänomene links

Digitized by Google

stärker wie rechts; beiderseits gesteigert. Links: Fussclonus; rechts erst nach mehrmaligem Beklopfen der Achillessehne. Keine paradoxe Contraction. Pat. erzählt, dass ihr heute zwei Mal das linke Auge „zugeklappt" sei, nach 10—15 Minuten sei es aufgegangen.

26. October: Keine Anfälle mehr; die rechte Schädelhälfte ist bei Percussion lange nicht mehr so empfindlich wie früher. Klagt über häufiges „Picken" in der linken Fusssohle.

30. October: Klagt über „Reissen und Ticken" in der rechten Kopfhälfte; gestern sei ihr plötzlich beim Lesen das linke Auge zugegangen und der linke Arm steif geworden. Heute früh wurde beobachtet, dass Pat. plötzlich auf dem linken Bein einknickte und hinfiel. Bei Prüfung der groben Kraft stellt sich eine leichte Schwäche im linken Bein heraus.

31. October: Heute früh ½4 rief Pat. die Wärterin herbei: „Kommen Sie mal her, ich bringe mein linkes Auge nicht auf". Als die Wärterin hinzukam, hatte Pat. das linke Auge ganz geschlossen, das rechte halb auf; aufgefordert, beide Augen zugleich aufzumachen, gelang dies der Pat. ganz gut. Das linke Auge soll nicht verklebt gewesen sein.

9. November: Percussion der rechten Schädelhälfte nicht mehr empfindlich. Pat. meint, sie möchte immerzu schlafen. Augenhintergrund (Privatdocent Dr. *Höltzke*): Papillen etwas blass, besonders temporalwärts; Grenzen sind scharf.

11. November: Pat. liegt zu Bett; behauptet, das linke Auge nicht aufmachen zu können. Beide Augen sind geschlossen; öffnet man ihr das rechte, so bleibt es auf, während das linke zuweilen wieder zugeht.

17. November: Habe seit 3 Tagen „so ein Zucken" im linken Mittelfinger. Der Finger müsse „verrückt" sein. Legt Pat. die Hand auf eine feste Unterlage, so sieht man ein Vibriren dieses Fingers bald im Sinne der Abduction nach rechts und links, bald in dem der Flexion und Extension. Dieses Vibriren scheint continuirlich zu sein. Zuweilen ergreift es auch die anderen Finger; hauptsächlich ist jedoch der Mittelfinger betheiligt.

25. November: Klagt über allerhand Parästhesieen im Kopf, „als wenn Läuse darin wären".

13. December: Klagt wieder über Schwäche und Zittern in den linken Extremitäten. Händedruck links auffallend schwach; auch das Stehen auf dem linken Bein ist heute kaum möglich. Zu Bett gebracht bekommt Pat. bei erhaltenem Bewusstsein einen Anfall von schnellschlägigem Tremor im linken Bein; im linken Arm weniger stark. Das Bein ist dabei extendirt, der Fuss plantarwärts flectirt, ebenso die Zehen. Der Anfall dauert nur einige Secunden; Sprache, Zungenbewegungen, Facialis in Ordnung. Pat. klagt über „Zucken im Kehlkopfe".

15. December: Klagt über Zittern und Schwäche der linken Extremitäten.

1892. 10. Januar: Auf Antrag der Mutter entlassen.

Digitized by Google

Auch in diesem Falle handelt es sich zweifellos um eine, event. durch eine locale Affection complicirte Paralyse bei einer alten Potatrix, welche wahrscheinlich Luës gehabt hat. Im Laufe der Krankheit treten Symptome auf, die theilweise das Bild der Rindenepilepsie zeigen, theilweise den Charakter hysterischer, bezw. hypochondrischer Anfälle tragen; es sind tonische und clonische Krämpfe, welche hauptsächlich die linken Extremitäten betreffen, die bei erhaltenem Bewusstsein theilweise mit momentanem Unvermögen zu sprechen einhergehen, wobei der Mund halb aufsteht und Schmerzen in den Kinnbacken auftreten; dabei länger andauernde Kopfschmerzen in der rechten Kopfhälfte; die Anfälle hinterlassen eine leichte Schwäche der linken Extremitäten, wobei wieder das Bein mehr betheiligt ist als der Arm; dazu leichte vibrirende Zuckungen in den Fingern der linken Hand. 2 mal treten Schreikrämpfe auf, die den Eindruck von hysterischen machen; mehrmals Anfälle, wo angeblich das linke Auge nicht geöffnet werden kann und die einen hypochondrischen Charakter tragen; dazu allerhand Parästhesien, die gleichfalls einen hypochondrischen Eindruck machen.

Beide Fälle haben das uns hier hauptsächlich interessirende Moment der anfallsweise auftretenden Sprachstörung gemeinsam, und es würde sich zunächst die Frage erheben, wie wir dieselbe aufzufassen haben. *Hitzig* und *Mendel* sprechen von aphatischen Störungen, beziehungsweise von atactischer Aphasie; die übrigen oben citirten Autoren lassen sich auf eine nähere Bezeichnung nicht ein. Es kommen, wie ich meine, jedenfalls neben den aphatischen Störungen auch anarthrische vor; welche von diesen beiden die häufigere ist, bin ich vorläufig nicht in der Lage zu entscheiden.

In dem ersten Falle könnte es sich, da, wie wir sahen, Wortverständniss und Wortbegriff erhalten waren, höchstens um eine „subcorticale motorische Aphasie“ im Sinne *Wernicke*'s handeln, bei der bekanntlich die Kranken das verlangte Wort, obwohl sie den Wortbegriff haben, nicht aussprechen können, die Silbenzahl des betreffenden Wortes aber anzugeben und das Wort niederzuschreiben vermögen. Um das Schreiben prüfen zu können, waren die Anfälle bei unserer Patientin von viel zu kurzer Dauer; im übrigen aber wusste sie, was sie sagen wollte, brachte das Wort zunächst nur nicht über die Lippen, und dann unter Stammeln

Digitized by Google

und Stottern, sodass die Störung mehr den Eindruck einer articulatorischen machte; indessen dürften ja die Grenzen zwischen Anarthrie und den leichten Fällen von subcorticaler motorischer Aphasie flüssige sein, so dass man eine bestimmte Entscheidung nicht immer wird treffen können. — Zu Gunsten der Annahme der Anarthrie spricht vielleicht die Thatsache, dass in dem einen Anfall ausser der Sprache die Muskeln der linken Kopf- und Halsseite ergriffen waren und nicht die der rechten, sodass (Pat. war, wie noch nachträglich hervorgehoben werden mag, rechtshändig) man sich den Anfall vorstellen kann als bedingt durch einen Reizzustand in der motorischen Zone für die vom Facialis und Hypoglossus, bezw. motorischen Trigeminus innervirten Muskeln, mit einem Wort als corticale Epilepsie.

Könnte aber nicht auch ein hypochondrisches oder hysterisches Moment in Betracht kommen?

Wir wissen ja, dass auf Grund hypochondrischer Vorstellungen bei Paralytikern allerhand Ausfallerscheinungen beobachtet werden: sie können die Zunge nicht vorstrecken, den Arm nicht bewegen etc.; gewöhnlich beobachtet man diese Dinge bei schon sehr schwachsinnigen Patienten, was ja in unserem Falle, insofern wenigstens, als Pat. sich noch recht gut beobachten konnte, nicht der Fall war; und auch sonst zeigte sie nichts, was auf eine hypochondrische Stimmung hätte schliessen lassen, im Gegentheil sieht sie alles im rosigsten Lichte; sie amüsirt sich über ihre Anfälle, obwohl ihr dieselben lästig sind u. s. f.

Ueber Complication der Paralyse mit Hysterie existiren eine Anzahl von Beobachtungen: *Régis*[1]) beschreibt einen Fall von Hysterie bei einem 32jährigen Paralytiker, *Philippe Rey*[2]) bei einem 25jährigen, *Camuset*[3]) bei einem 39jährigen, *Voisin*[4]) endlich führt einige Fälle von Hysterie bei paralytischen Frauen an: Meine eigenen Beobachtungen nach dieser Richtung hin sind trotz der ziemlich erheblichen Anzahl von Paralysen, welche im Laufe der Jahre in meine Beobachtung gekommen sind, sehr spärliche; ich glaube nicht, dass die Complication mit Hysterie eine häufige ist.

[1]) Gazette méd. 1892.
[2]) Annales méd. psych. 1883. 1. pag. 95.
[3]) Annales méd. psych. 1884.
[4]) C. a. p. 222.

Digitized by Google

In unserem Falle würde es sich natürlich um das sogenannte bégayement hystérique handeln; meines Wissens ist dasselbe bei der Paralyse noch nicht beobachtet worden.

Einmal wurde mir von den ziemlich intelligenten Angehörigen einer paralytischen Patientin die Mittheilung gemacht, dass sie bei ihr öfters vollständiges Versagen der Sprache beobachtet hätten; Pat. habe sich jedes Mal durch einen Druck auf den Kehlkopf wieder in den Besitz ihres Sprachvermögens setzen können; ob in diesem Falle, die Richtigkeit der Beobachtung vorausgesetzt, die Sprachstörung als hysterische aufgefasst werden kann, lasse ich dahingestellt.

Meistens schliesst sich bekanntlich das hysterische Stottern an ein Stadium des Mutismus an und dauert längere Zeit an; indessen tritt das Stottern auch ohne vorhergehenden Mutismus auf; einen Fall habe ich beobachtet, in welchem es bei einer chronischen Alkoholistin als einziges hysterisches Symptom auftrat und nach einigen Tagen vollständig verschwand; in einem anderen Falle trat es in ganz kurzen, einige Secunden dauernden Anfällen auf, sodass es vielleicht nicht gerade falsch wäre, wenn wir die Anfälle bei unserer Patientin als hysterische auffassen würden; bedenkt man indessen, dass es sich um eine Person handelt, die schon einen schweren paralytischen Insult hinter sich hat, dass daher alle weiteren Anfälle, und seien sie auch noch so leichter Natur, sehr ernst aufgefasst zu werden verdienen, so dürfte, meine ich, der ersten Erklärung, dass es sich um ein prognostisch übel zu beurtheilendes Hirnrindensymptom handelt, doch der Vorzug zu geben sein.

Ob die Anfälle wirklich reflectorisch, wie es ja schien, hervorgerufen wurden oder nicht, möchte ich an der Hand eines einzigen Falles nicht entscheiden. Man wird etwas an das unter dem Namen der Aphthongie beschriebene Krankheitsbild erinnert, wo durch den Versuch zu sprechen tonische und clonische Zuckungen der Zunge und des Gesichtes hervorgerufen werden, die das Sprechen unmöglich machen, was allerdings bei Frau S. nicht der Fall war.

In dem Falle G. tritt die Sprachstörung nicht so stark in den Vordergrund; sie war oft begleitet von tonischen Krämpfen des linken Armes bezw. des Beines, sowie von einem krampfartigen Zustand in den Kaumuskeln (Pat. klagte über Schmerzen in den

Digitized by Google

Backen). In dem einen Falle, der ärztlich beobachtet wurde, war der Mund leicht geöffnet, Pat. vermochte ihn angeblich nicht zu schliessen, oder weiter zu öffnen, auch die Zunge nicht zu bewegen; das Wortverständniss war erhalten; ob der Wortbegriff vorhanden war, liess sich leider nicht feststellen; nach dem Anfalle war die Sprache sofort wieder ganz normal; es trat hier kein Stottern als Uebergangsstadium zum normalen Sprechen auf. Wir müssen hier also die Frage, ob es sich um Aphasie oder Anarthrie handelt, offen lassen, obwohl mir auch hier das letztere wahrscheinlicher ist wegen der hauptsächlich linksseitigen Zuckungen und der krampfartigen Zustände im Bereich der Gesichtsmuskeln.

Da in diesem Falle daneben zweifellos hysteriforme bezw. hypochondrische Anfälle constatirt werden konnten (die Schreianfälle, die Klagen über das Herunterfallen des linken Augenlides, über sonstige Parästhesien etc.), so könnte man die Sprachstörung in diesem Falle ebenfalls mit zu den hysterischen Erscheinungen rechnen.

Indessen scheint mir auch in diesem Falle eine ähnliche Ueberlegung am Platze zu sein wie in dem ersten, nämlich dass das Auftreten der Sprachstörung zu den Reizerscheinungen, die hier hauptsächlich auf die rechte motorische Zone zu beziehen sind, gerechnet werden muss, und dass die Anfälle namentlich im Verein mit den rechtsseitigen Kopfschmerzen bei dem zweifellosen Bestehen einer Dementia paralytica als rindenepileptische Anfälle anzusehen sind, wobei natürlich keine makroskopisch oder auch mikroskopisch sichtbare circumscripte Affection vorhanden zu sein braucht. —

Den Herren Medicinalrath Dr. *Sander* wie Oberarzt Dr. *Richter* bin ich für die Ueberlassung der beiden Fälle zu lebhaftem Danke verpflichtet.

Nachtrag.

Am 19. Januar d. J. wurde die Patientin Sp. wieder aufgenommen. Sie zeigte ein deutliches Vorgeschrittensein ihrer Demenz und eine nunmehr ganz ausgesprochene articulatorische Störung der Sprache.

Anamnestisch gab ihr Mann folgendes an: Pat. bekam am

Digitized by Google

Tage nach ihrer Entlassung auf der Strasse einen Anfall, wobei sie das Bewusstsein verlor und Zuckungen am ganzen Körper eintraten; auch dies Mal blieb keine Lähmung zurück. Anfälle, in welchen die Sprache wegblieb, wurden vom Ref. fast täglich in grosser Anzahl beobachtet. Diese Anfälle gingen zuweilen mit Zuckungen im linken Mundfacialis und tonischen Krampf im linken Arm einher bei erhaltenem Bewusstsein. Der Krampf im Arm war zuweilen sehr schmerzhaft, sodass Pat. ihren Mann nachts öfter deswegen weckte.

Am 18. d. M. erfolgte ein zweiter paralytischer Insult, weswegen sie vom Ref. wieder in die Anstalt gebracht wurde.

Am 20. und 21. wurden bei uns eine grössere Anzahl von Anfällen beobachtet, in welchen die Sprache wegblieb; Zuckungen im linken Facialis und Arm traten nicht auf. Diese Anfälle unterschieden sich nun wesentlich von den früher geschilderten: sie traten diesmal auf, ohne dass Patientin erst zu sprechen anfing; aufgefordert, zu sprechen, öffnete sie den Mund und machte Bewegungen, an welchen man merken konnte, dass sie sich Mühe gab zu sprechen, ohne aber einen Laut hervorbringen zu können, bis sie dann plötzlich das volle Sprechvermögen wiedererlangte, ohne dass vorher ein Stadium des Stammelns und Stotterns eintrat. Die Anfälle gingen ferner einher mit einer etwas frequenten, oberflächlichen Respiration und Stridor. Dieser Stridor hielt zuweilen noch kurze Zeit an, nachdem das Sprechvermögen sich wieder eingefunden hatte.

Das Bild, welches Pat. bei den angestrengtesten Versuchen, zu sprechen, darbot, habe ich vor kurzem in ganz ähnlicher Weise bei einer Hysterischen beobachtet, bei welcher das Sprechvermögen auch ganz plötzlich wieder eintrat; es fehlte hier allerdings die beschleunigte Respiration. Abgesehen aber davon trat bei der Pat. Sp. noch ein Moment in den Vordergrund, welches ihre Anfälle von den oben erwähnten hysterischen verschieden erscheinen liess, nämlich eine Bewusstseinsstörung. Schon der Gesichtsausdruck, welcher etwas ängstliches, gespanntes hatte, der etwas starre Blick liessen auf einen leichten Grad von Benommenheit bezw. Verwirrtheit schliessen. Beide Erscheinungen schwanden in dem Moment, wo die Sprache zurückkehrte, um dem alten Gesichtsausdrucke Platz zu machen. Pat. verstand einiges, was man ihr sagte; sie

Digitized by Google

öffnete den Mund und schloss ihn auf Aufforderung, streckte die Zunge gerade vor, bewegte sie nach allen Seiten; rasche Bewegungen konnte sie nicht ausführen. Vorgezeigte Gegenstände erkannte sie scheinbar nicht, reagirte wenigstens nicht darauf, wenn man sie fragte: „Ist das eine Uhr, ein Federhalter u. s. w.“?

Die Silbenzahl der Namen ihr vorgelegter Gegenstände durch Aufheben einer entsprechenden Anzahl von Fingern anzugeben, vermochte sie erst recht nicht. Manches muss sie aber doch erkannt haben; denn als ihr nach einem Anfall ein Gegenstand vorgelegt wurde, nach welchem man sie während des Anfalls gefragt hatte, sagte sie: „Danach haben Sie mich schon vorhin gefragt“.

Es wurde auch versucht, während der Anfälle schriftliche Aeusserungen zu bekommen. Hier trat nun die Verwirrtheit sehr deutlich zu Tage. Pat. fasste den Bleistift in der ungeschicktesten Weise an und machte mit demselben allerhand unzweckmässige Bewegungen; ein einziges Mal gelang es, Pat. zum Schreiben zu bringen; sie schrieb aber nicht den Namen des ihr vorgelegten Gegenstandes hin, sondern ihren vollständig verstümmelten eigenen Namen.

Ueber die Empfindungen, welche sie während des Anfalles gehabt hatte, Auskunft zu geben, war sie ihrer Demenz wegen nicht mehr im Stande. Ebensowenig war herauszubekommen, ob ein aphasisches Moment mit im Spiele gewesen war. Sonst war sie nach den Anfällen ganz klar, konnte jeden Gegenstand benennen etc. Die Anfälle glichen sich mehr oder weniger, nur dass der Grad der Verwirrung wechselte; manchmal war Pat. so verwirrt, dass die Untersuchung ganz resultatlos blieb. Durch Suggestion einen Anfall hervorzurufen, gelang, wie vorauszusehen war, nicht. Im Laufe des 21. d. M. bekam Pat. einen typischen paralytischen Anfall und ist seitdem vollständig verwirrt. —

Wir sehen also, wie nach der Entlassung der Pat. ausser zwei schweren paralytischen Insulten fast täglich Anfälle von Sprachstörung sich einstellten, welche öfters von Krämpfen des linken Mundfacialis und linken Armes begleitet waren; wir sehen ferner, dass die diesmal in der Anstalt beobachteten Anfälle in verschiedener Hinsicht von den früher beschriebenen abwichen, wobei besonders die Bewusstseinsstörung und die Erscheinungen von Seiten des Vagus hervorzuheben sind. Es wäre sehr interessant gewesen,

Digitized by Google

zu erfahren, wann und in welcher Weise sich der Uebergang von den früheren Anfällen zu den zuletzt beobachteten vollzogen hat, da man doch wohl die letzteren als einen höheren Grad der ersteren ansehen darf. Leider liess sich über diesen Punkt nichts feststellen; wir sehen endlich, wie ein schwerer paralytischer Insult einen vollständigen Verwirrungszustand herbeiführt.

Diese nachträglichen Beobachtungen scheinen mir deswegen interessant, weil sie, wie ich glaube, mit ziemlicher Sicherheit zeigen, dass die leichteren Anfälle ursächlich mit den schwereren Insulten zu identificiren sind, und dass bei Patienten, welche an einer organischen Gehirnerkrankung leiden, Anfälle, deren Aehnlichkeit mit hysterischen zwar unverkennbar ist, nicht immer als hysterische Begleiterscheinungen anzusehen sind, sondern durch das organische Leiden direct hervorgebracht werden können.

Digitized by Google

Sprachstörungen bei Geisteskranken.

Von

Dr. **Otto Klinke**, II. Arzt, Tost O.-S.

Nachdem ich in einem früheren, kleinen Aufsatz[1] einige, kurze Mittheilungen über Sprachstörungen bei hypochondrischen Geisteskranken gegeben habe, bringe ich in meiner gegenwärtigen Arbeit eine grössere Anzahl casuistischer Beiträge über Störungen der Sprache bei psychisch Kranken.

Das an und für sich schon Schwierigkeiten genug in sich schliessende Gebiet der Sprachstörungen wird freilich durch die bei Geisteskranken mehr oder weniger bestehende Schädigung der Aufmerksamkeit, die Einengung des Bewusstseins, die häufige Schwächung der Intelligenz etc. noch schwieriger gestaltet und die Untersuchung dadurch und durch die Selbsttäuschung, der öfter der Kranke unterliegt, seine Voreingenommenheit durch Wahnideen u. dgl., seine Unfähigkeit, auf Fragen richtige Auskunft zu ertheilen noch mühsamer und bleibt öfter nur auf das objectiv Dargebotene beschränkt. Auch hier werden, wie *Neisser*[2] hervorhebt, wie sonst in der Psychiatrie und wie in der Pathologie überhaupt, möglichst einfache Fälle den Ausgangspunkt weiteren Studiums bilden müssen, doch darf man wohl nicht vergessen und die Hoffnung nicht aufgeben, dass mancher heute noch nicht völlig aufzuklärende Fall durch weitere Forschungen eine Erklärung wird finden lassen und darum doch heut schon als casuistischer Beitrag werthvoll sein kann.

Die bisher über die sprachlichen Functionen, über die Localisation, über Wortbewegungs- und Wortklangvorstellungen, über die sog. innere Sprache, über das Gedankenlautwerden etc. gewonnenen

Digitized by Google

Anschauungen, Theorien und Hypothesen haben in neuerer Zeit von verschiedenen Seiten — ich nenne hier nur die Arbeiten von *Moeli*[3], *Freud*[4], *Goldscheider*[5], *Sommer*[6] eine Kritik, Erweiterung oder andere Deutung erfahren, wonach in vielen Punkten eine Uebereinstimmung nicht besteht und eine „endgültige Entscheidung heute weder auf psychophysischem Wege noch an der Hand der gegenwärtig vorhandenen Casuistik" (*Goldscheider*) schon möglich sein dürfte. Zur Veranschaulichung der Sprachvorgänge sind die verschiedensten Schemata, einfache und complicirtere entworfen worden (neuerdings von *Moeli* und *Goldscheider*), an denen sich wohl eine grössere Anzahl, aber nicht alle der bestehenden Sprachstörungen ebenfalls erklären lassen. Neuerdings hat *Sommer*[6] die Behauptung aufgestellt, dass die Anzahl der von *Wernicke* und später von *Lichtheim* construirten und zumeist casuistisch belegten Aphasieformen nicht ausreichend und die Schaffung neuer Aphasieformen nötig erscheine. Der letztgenannte Autor hat auch den bekannten von *Grashey*[7] publicirten Fall, bei welchem zur Erklärung das bisher vernachlässigte zeitliche Moment bei der Vorstellungsthätigkeit in die Betrachtung hineingezogen und gleichzeitig betont wurde, dass stets buchstabirend gelesen und geschrieben werde, einer Nachprüfung unterzogen und eine andere Deutung desselben versucht, nachdem *Wernicke*[8] denselben Fall, für den er die Bezeichnung „amnestische Aphasie" passend betrachtet, bekanntlich bereits 1886 eingehend untersucht und speciell in Anwendung auf die beobachtete Gedächtnissstörung hervorgehoben hatte, dass wir nicht Buchstaben, sondern Wörter sprechen lernen, dass die Zerlegung in Buchstaben eine spätere und nur zu dem Zwecke erworbene sei, die Schriftsprache uns zugänglich zu machen. *Freud*[4] wieder, auf dessen Arbeit ich später noch zurückkomme, weist darauf hin (S. 40), dass *Wernicke* den Fall *Grashey* nicht anders als durch eine lokalisirte Functionsstörung zu erklären wisse. Ich glaube, bei dem Zwecke meiner Arbeit auf ein weiteres, genaues Eingehen auf die citirte Darstellung und den im übrigen ja genügend bekannten Fall hier verzichten zu können, ebenso, wie ich die anderen, für die Störungen der Sprache grundlegenden Arbeiten von *Kussmaul*[9], *Wernicke*[10], *Lichtheim*[11], *Meynert*[12], *Wundt*[13] und anderen hier übergehen kann. Ich werde auf dieselben im folgenden nur da kurz zurückkommen, wo die Darstellung anderer,

Digitized by Google

späterer Arbeiten von denen der genannten Forscher Abweichungen ergeben hat. Auf die Aphasiearbeiten, die sich auf die Ergebnisse der früheren Arbeiten stützen und namentlich die von *Wernicke* und *Lichtheim* consequent durchgeführten Unterarten der Aphasien casuistisch erweitern, sowie auf einige weitere Aufsätze brauche ich an dieser Stelle ebenfalls nur hinzudeuten: (*Nothnagel* und *Naunyn*[14], *Adler*[15], *Bruns* und *Stölting*[16], *Freund*[19], *Lissauer*[18], *Wilbrand*[19], *Reinhard*[20], *Delbrück*[21], *Siemerling*[22], *K. Cramer*[23], *Laquer*[24], *Kirchhoff*[25]).

Moeli[3] hat neuerdings, wie bereits oben angedeutet, ein neues Schema aufgestellt, das sich insofern von den andern unterscheidet, als einmal der Verlauf der Erregung beim Sprechen anders aufgefasst wird, als bisher, und dass besonders der Umstand Berücksichtigung findet, dass die einzelnen Vorgänge: „das Sprechen, das Wortverständniss, das Schreiben ein sehr verschiedenes Maass von Thätigkeit der nervösen Elemente erfordern und keineswegs gleichbedeutende Leistungen des Organismus sind.“ Ferner betont er, dass es bisher nicht gelungen ist und auch aussichtslos erscheine, alle Störungen der Wort- und Schriftsprache, des Wort- und Schriftverständnisses, welche sehr oft verbunden vorkommen, mit einem einzigen Ausdrucke zu bezeichnen. Die Symptome der Aphasie scheidet er in Wortklang- und Wortbewegungsstörungen. Namentlich auf die Störung der Wortklangelemente wird Nachdruck gelegt, (die Wortbewegung erscheine als ein vom Wortklange abhängiger Factor), die Möglichkeit, dass individuell oder in pathologischen Fällen ein Hervortreten der Sprachbewegungsvorstellungen stattfinde, jedoch nicht als ganz ausgeschlossen bezeichnet. Im Gegensatz zu *Wernicke* und *Lichtheim*, welche beide eine directe Bahn vom Begriffe zum Wortbewegungsfelde annehmen, wird von *Moeli*, ähnlich, wie von *Kussmaul*, ein Verlauf des Weges vom Begriffe über die Wortklangstätte auch beim Erwachsenen statuirt und dafür die Selbstbeobachtung, sowie die Beobachtung an Taubstummen zum Beweise herangezogen.

Freud[4] hat in neuester Zeit den *Grashey*'schen Fall, unter Berufung auf einen ähnlichen, von *Rieger*[26] beschriebenen, durch eine im Centrum der Klangbilder localisirte Störung, die neben der allgemeinen Gedächtnissschwäche besteht, zu erklären versucht und überhaupt sämmtliche, für die Auffassung der Aphasien grundlegen-

Digitized by Google

den Arbeiten einer eingehenden Kritik unterworfen. Er gelangt zum Schluss zur Aufstellung einer verbalen, einer asymbolischen und einer agnostischen Aphasie und betont die Berücksichtigung der Functionsbedingungen des Sprachapparates, denen gegenüber das Moment der Localisation für die Aphasie zu grosse Berücksichtigung erfahren habe.

Goldscheider[5], der in dem *Freud*'schen Versuch, „die Erscheinungen der Aphasien auf Associationsstörungen zurückzuführen" einen Fortschritt für die Aphasiefrage zu erkennen glaubt, fasst ebenfalls die Aphasien als Producte von Störungen der Associationsvorgänge auf, entweder zwischen zwei Centren (intercentral = transcortical im Sinne *Wernicke*'s) oder innerhalb eines Centrums (intracentral = cortical) und hält subcorticale Aphasien im Sinne von *Wernicke* für ausgeschlossen. „Denken" und „innere Sprache" bezeichnet er für wesentlich verschieden und bestreitet, dass die Denkvorgänge in dem Bereiche der wortbildenden Centren vor sich gehen. Endlich bestreitet er, wie *Moeli*, die Ansicht *Wernicke*'s, dass man zwar mittelst der Klangbilder sprechen lerne, dass aber später der kürzere Weg vom Begriffscentrum zum motorischen Sprachcentrum benutzt würde. „Es ist nicht einzusehen, wie eine auf bestimmte Bahnen eingeübte Association plötzlich eine andere, kürzere Bahn einschlagen soll."

Eine ganze Reihe von Erscheinungen, die Paraphasien, die verschiedenen Schreib- und Lesestörungen, die optische Aphasie, Seelenblindheit etc. werde ich später noch berühren. Im Vorausgehenden habe ich wenigstens auf die hauptsächlichsten neueren Arbeiten, soweit sie wesentlich andere und abweichende Anschauungen enthalten, eingehen zu müssen geglaubt, um eine Grundlage für die Betrachtung der bei Geisteskranken zu beobachtenden aphasischen Störungen zu gewinnen. Wie weit es möglich sein wird, die Anschauung *Wernicke*'s[27], alle Geisteskrankheiten als transcorticale Aphasien zu betrachten, im Einzelnen zu begründen, muss vorläufig noch dahingestellt bleiben. In einem Vortrage hat letzthin derselbe Autor[28], analog dem Aphasieschema, ein neues Schema für die Eintheilung der Psychosen aufgestellt und 1) psychosensorische, 2) intrapsychische, 3) psychomotorische Störungen unterschieden mit verschiedenen Unterabtheilungen. Machen wir den Versuch, dieses für die Gesammtheit der Psychosen, mit Ausnahme

Digitized by Google

der Paralyse, aufgestellte Schema speciell nur auf die Vorgänge der Sprache der Geisteskranken zu übertragen, so können wir auch hier psychosensorische, intrapsychische und psychomotorische Störungen unterscheiden. Wie weit freilich das Bewusstsein an diesen Vorgängen bei psychisch Kranken participirt, und ob daher nicht besser vorläufig die Ausdrücke wie psychosensorisch etc. durch centrosensorisch, centromotorisch etc. zu ersetzen seien (s. auch *Wundt*, Grundzüge der Psychoph. I, 153 und *Schrader*[39]), lasse ich hier unerörtert. Jedenfalls aber müsste bei all diesen transcorticalen oder intercentralen (*Goldscheider*) Störungen im Einzelfalle genau festgestellt werden, welchen Antheil das Bewusstsein dabei hat, und dem Vorgange der Aufmerksamkeit auf den Ablauf der Vorstellungen, den Störungen der Associationen, der Reproduction die eingehendste Beachtung geschenkt werden. Dazu käme dann ferner die Berücksichtigung der Hallucinationen und Illusionen, bei der „krankhaften Veränderung der Vorstellungsthätigkeit der Wahnidee" speciell für unsern Zweck „die Ausprägung des Gedankens in Wortklängen, (Gehörstäuschungen)" [*Moeli*] und ihr eventuell überwiegender Einfluss über die Thätigkeit der Wortbewegungselemente auch auf diesem Gebiete. Wie kommt es, dass der eine Kranke gar nicht, der andere ununterbrochen, der dritte in der besonderen Form der Verbigeration, bald langsam, bald schnell, bald geziert in hochtönenden, schwülstigen Phrasen oder in selbstgeschaffenen Ausdrücken spricht oder indem er sofort optische, acustische und andere Eindrücke mit in seine Rede verwebt? (*Kahlbaum*'s sog. Klebesprechen) — all diese und eine Reihe weiterer Fragen hätten wir hier uns vorzulegen. Wage ich nun, an der Hand des oben angegebenen *Wernicke*'schen Schemas, unter specieller Zugrundelegung desselben für die Störungen der Sprache, den Versuch einer Anwendung desselben auf die bei den einzelnen Psychosen vorkommenden Sprachstörungen und nehme, ebenfalls nach *Wernicke*'s Anschauung, auch beim Erwachsenen einen directen Weg vom Begriffscentrum zum motorischen Sprachfelde an, von dem aus nur Erregungen nach dem sensorischen Felde (gleichsam zur Correctur des Gesprochenen und der articulatorischen Bewegungen überhaupt) abfliessen, so würden, glaube ich, bei der Melancholie und Manie hauptsächlich psychomotorische und intrapsychische, bei der Verwirrtheit vor allen intrapsychische, bei der

Digitized by Google

Paranoia wieder hauptsächlich psychosensorische Störungen angenommen werden können. Ich sage hauptsächlich, denn z. B. bei der Melancholie mit Gehörstäuschungen müssten auch Störungen in den Wortklangbildern, bei der Manie mit zunehmender Ideenflucht und Verworrenheit auch intrapsychische Störungen und psychosensorischen Hyperästhesien, bei den mit Sprachhemmungen, Zwangssprechen u. dgl. einhergehenden besonderen Fällen der Paranoia, besondere psychomotorische (Parakinesien) oder intrapsychische Störungen (Parafunctionen) angenommen werden, während nach der *Meynert*'schen Hypothese dieser Fälle, in denen die Kranken ihre eigenen Gedanken zu vernehmen glaubten, Hyperästhesien im psychosensorischen Theil und gleichzeitig ablaufende Associationen mit krankhafter „Eigenbeziehung" (*Neisser*)[2] statuirt werden mussten. *Wernicke* macht darauf aufmerksam, dass bisher im Allgemeinen nur die motorischen Aeusserungen des Kranken, seine Reactionsvorgänge und Ausdrucksbewegungen (wozu ja auch die Sprache gehört) das Material zur Beobachtung geliefert hätten, dass aber aus dem Umstande, dass Störungen im motorischen, resp. psychomotorischen Theil des Schemas uns überhaupt zur Beobachtung kommen, noch nichts über den Sitz des krankhaften Processes selbst sich ergebe. Weiter wird es dadurch, dass wir zugleich die intrapsychischen und psychosensorischen Störungen in das Gebiet der Betrachtung hineinziehen, möglich, alle bei Geisteskranken vorkommenden Sprachstörungen, sei es im Tempo der Rede, im Inhalt u. dgl., die bisher von den andern, speciell den aphasischen, getrennt wurden, von einem gemeinsamen Gesichtspunkte aus zu betrachten. Ich sehe zunächst, wie bisher, von den articulatorischen und den Sprachstörungen, bei welchen, wie bei der Paralyse und Epilepsie Coordinations- und aphasische Symptome gemischt vorkommen, ab und berücksichtige nur die Störungen der Wortsprache bei Psychosen, welche in der Rinde selbst ihre Ursache haben. *Kussmaul*[9] unterscheidet hier Dysphrasien und Dysphasien. Zu den letzteren gehören (*Krafft-Ebing*, Lehrbuch III. Aufl. S. 110) die Aphasien, die sich bei Traumen, Apoplexien, bei Paralyse und Epilepsie finden. Die Dysphrasien unterscheidet er in Anomalien des Tempo, der Form der Redeweise, der syntactischen Diction und des Inhalts. Für die beschleunigte, heftige Rede des Maniacus, andererseits für die erschwerte, langsame und gehemmte, bis zu

Digitized by Google

völliger Stummheit gehende Rede des melancholischen Kranken lassen sich die *Wernicke*'schen Bezeichnungen hyper- resp. hypo- oder akinetisch einführen. Die ideenflüchtige Verwirrtheit bei Manie und Tobsucht mit beschleunigter Rede bis zu totaler Verworrenheit und Stummheit wird wieder von den verwirrten sprachlichen Aeusserungen ohne besonders beschleunigtes Redetempo zu trennen und hier intrapsychische Hyper- Para- und A-Functionen zu unterscheiden sein. Die Stummheit, die durch imperative Hallucinationen oder Wahnideen bedingt wird, dürfte als psychosensorische Störung mit dem Beiwort anästhetisch oder parästhetisch bezeichnet werden können, während wir in dem Mutacismus bei Idiotie, Demenz, Taubstummheit, die durch Mangel der Associationen oder Verlust der Sprachvorstellungen oder der Wortklangbilder etc. bedingt sein kann, bald intrapsychische, bald psychosensorische oder psychomotorische Störungen vor uns haben würden und von Afunctionen, Anästhesien resp. Akinesien sprechen könnten. Von den Anomalien in der Form der Redeweise dürfte die pathetische Sprache der Verzückten, die Vorliebe für Diminutive bei Paranoikern, die Sprache des Hebephrenen, die Wortreimereien als psychosensorische resp. intrapsychische Hyperästhesie bez. Hyperfunction, die Verbigeration, wenn man dabei annimmt, dass der Kranke mit den vorhandenen Willensimpulsen nicht die ganze motorische Sprechbahn, sondern nur die Sprechbahn für einzelne Worte zu erregen im Stande ist, als psychomotorische Parakinesie zu bezeichnen sein. In den syntactischen Dictionsfehlern, wie sie bei Paranoischen und Blödsinnigen vorkommen, werden wir psychosensorische Parästhesien, resp. para- oder afunctionelle Störungen erblicken können. Was endlich die Störungen des Inhalts der Rede anlangt, so wäre, neben der Armseligkeit der Diction, vor allem auf die Neubildung von Worten, die Neuschaffung von Sprachen zu achten. Während letztere Erscheinung nach *Krafft-Ebing* sich nur bei Paranoikern, selten bei Maniakalischen findet und *Meynert* Fälle von Neubildung von Sprachen nur bei Blödsinnigen, resp. epileptisch Blödsinnigen beobachtet haben will, kenne ich selbst einen Fall von Neuschaffung einer Sprache bei einem Epileptiker, den ich weiter unten mittheilen werde. — Auch die letztgenannten Störungen — von Epilepsie und Paralyse hier abgesehen — könnten wir rubriciren und, je nachdem dieselben etwa durch Hallucinationen bedingt sind oder als

Digitized by Google

Schöpfungen der „unbewussten Hirnmechanik“ betrachtet werden können, als intrapsychische Para- oder Afunctionen oder psychosensorische Parästhesien bezeichnen.

Von den nach der Darstellung von ***Krafft-Ebing*** angegebenen dysphrasischen Störungen ***Kussmaul's*** haben namentlich die als Anomalien in der Form der Redeweise angeführten in einzelnen Zweigen vorzügliche Einzeldarstellungen gefunden. Ich darf mich wohl an dieser Stelle mit dem Hinweis auf die Namen von ***Hecker, Kahlbaum, Neisser*** und ***Cramer*** begnügen. ***Meynert*** (Lehrbuch, S. 69) hat die besondere Form der pseudaphasischen Verwirrtheit aufgestellt und ihre einzelnen Symptome hervorgehoben. „Die bei Verwirrtheit vorkommende Aphasie scheint nur eine noch weiter gehende Störung der Associationen darzustellen, als sie sich in den zusammenhangslosen Reden Verwirrter schon documentirt.“ Während die Verwirrtheit bei der Pseudaphasie eine geringe sein kann, existiren auch Fälle, in welchen „das Delirium gleichsam einen fliessenden Uebergang der Verwirrtheit in die Aphasie darstellt. Derartige Kranke können auf Befragen ihren Namen und ihr Alter nicht anzugeben wissen, vorgezeigte Gegenstände falsch bezeichnen, dabei aber phantasiren, dass sie sterben müssen u. s. f.“ Beispiele derartiger Sprachstörungen, sowohl bei frischen Erkrankungen als bei älteren Fällen, wo die Verwirrtheit in der Regel nicht mehr so erheblich zu sein braucht, sind jedem Psychiater bekannt (s. auch ***Meynert,*** l. c. 70, 71) und ich sehe daher von der Anführung eigner Beobachtungen hier ab. (Beobachtungen matter, schwer oder unverständlicher Sprache, mit atactischen und anamnestischen Symptomen, kommen auch bei intercurrenten schweren Fieberzuständen, Typhus etc. vor. ***Freud***, der übrigens, ebenso wie ***Kussmaul, Grashey, Moeli*** und andere, eine directe Bahn vom Begriffscentrum zum Sprachbewegungsfelde leugnet (l. c. S. 19), erinnert sich (S. 23, 24) eines Falles encephalitischer Verworrenheit, bei dem die Sprachstörung ganz die Symptome zeigte, wie bei einer von ***Wernicke*** beschriebenen sensorisch aphasischen, in der Besserung befindlichen Kranken.

Anmerkung. Im Gegensatz zu *Wernicke*, dessen Vortrag mir damals nur in einem kurzen Referate vorlag, welcher die sensorische Aphasie als eine durch „Erhaltung des Wortschatzes mit Paraphasie charakterisirte Sprachstörung“ bezeichnet, nennt *Freud* die sensorische Aphasie „eine Wortverarmung bei reichlichen Sprachimpulsen“ (l. c. S. 24).

Digitized by Google

Im Anschluss an diese Mittheilung citire ich ausführlicher die Krankengeschichte eines Falles aus meiner hiesigen Beobachtung, bei dem die Auffassung der Sprachstörung mir besondere Schwierigkeiten darzubieten scheint.

Johann N., Schuhmacher, 35 Jahre alt, verheirathet, aufgenommen 31. October 1890. Geisteskrankheiten in der Familie nicht beobachtet. Patient selbst früher nie krank, lebte mässig, rauchte nur eine zeitlang stark. Beginn der Geisteskrankheit November 1889. Der Kranke sprach auffallend wenig, zeigte grosse Schlafsucht, liess seine Arbeit ganz liegen, wurde ängstlich, lief manchmal ans Fenster, sprach wirr, erzählte, man trachte ihm nach dem Leben, führte häufige Selbstgespräche, lief von Hause fort. Der Kreisphysikus constatirte, dass er schnell und dadurch undeutlich sprach, auf die Namen seiner Kinder sich nicht oder erst nach langer Zeit zu besinnen wusste, dass er aber auf andere Fragen gar keine Auskunft zu geben wusste und nur seine Frau anblickte.

Kräftig gebauter Mann. Zeigt keine Lähmungserscheinungen, keine Pupillendifferenz. Die Pupillen reagiren. Auffallend ist sein vieles, in der ersten Zeit fast ununterbrochenes, spontanes Reden. Lässt sich nicht unterbrechen. Keine articulatorische Störung. Leichter Tremor der Hände. Keine Sehstörung. Einfachen Aufforderungen leistet er Folge, spricht dabei meist weiter. Die Sprache ist auffällig durch das Fehlen fast aller Verba und Verbindungen. Zumeist werden nur Hauptwörter und Zahlen, letztere wieder mit Vorliebe, gebraucht und häufig wiederholt. Seit Monaten arbeitet er fleissig in der Anstaltsschuhmacherei.

25. Januar. Millionen, Millionen, viel Geld — o ja, viele Jahre — o ja, viele Jahre, o ja, ich will nach Hause, ich verdiene viel Geld im Jahre, ich verdiene Millionen — in einem Jahre, ein Thaler — die kommen alle Jahre, einige Jahre einjährige, Schuster, Schuster, 100 Jahre, ich kauf Maschinen, Maschinen, das kostet viel Geld, Millionen, Maschinen ....

15. August. „Hat mich geschlagen, viele Jahre, Matrosen, russischer Kaiser, Maria Theresia, viele Jahre, in Thiere, russischen Kaiser, Matrosen — 800 Matrosen 800 Millionen, Matrosen, in tyrko, in circo 800, Matrosen, in dürko, 800, 890 Matrosen, 800, 800 Millionen, Geschütze, Matrosen, Ewigkeit, kannst leben, Ewigkeit, Jerusalem, antrosen, antieren, in tiere, geweint und treu, russischen Kaiser, antiera russischen Kaiser....

8. December. Viele Jahre, ich bin unglücklich, tief im Boden (sieht zu wie der Arzt schreibt, spricht leise weiter. „Sprechen Sie laut!“) Unterhaltung, Unterhaltung, ich bin unglücklich, ich lebe 100 Jahre. (Es wird ihm Wolle gezeigt: Was ist das?). Alles feste Boden, nu ja — solche Schnuren — da wird verboten — Unterhaltung, ja, ja Unterhaltung — das ist alles feste Boden. (Ist das Wolle?) Ja das ist Wolle, alles feste Boden. (Grüne Wolle wird ihm vorgehalten) Grün — gelb, gelb, gelb, das ist auch grün (wählt die richtige Farbe, das ist roth (ebenfalls richtig),

Digitized by Google

feste Boden, Aufschlag, Napoleon. (Das Bild einer Kirche gezeigt) Millionen — Kirche, Einsiedler, Kleinichter, antier und Circus und Scheidung und Nichtung, Unterhaltung und Nichtung, Apotheker, Paris und Moltke ...

10. December. Arbeitet in der Schuhmacherei, spricht: man lebt viele Jahre — Durchschnitt, Einsiedler, Kleinnichter, Frohnleichnam, Kreisphysikus, Sizion und Revision und Freiheit, Matrosen, Preussen, Napoleon. (Wie alt sind Sie?) Nu viele Jahre, ich bin geboren den 22 ... 1800 viele Jahre, ich lebe schon 170 Jahre, Millionen, Napoleon, mein Herzogtum. (2 Zweipfennigstücke gezeigt) das sind 2 Pfennig, Schulden, 22 Mark, 2 Mark, 2 Mark, 2 Mark, 2 Mark, 22 Mark, 22 Mark, 22 Pfennig, 22, 20 Mark, nu viele Jahre, Schulden, 40 Thaler. (Beim Vorzeigen eines Thalers) Ein Thaler, 1000 Tausend, 100 Thaler, 1000 Thaler, 100 Thaler, ganze Welt, Napoleon, 1000, 100, ein grosser Thaler, ein 70 Tausend Thaler, ein Sizion, 1000 Millionen, ein Kreisphysikus, Herzen, Napoleon, der lebt schon 100 Jahre ....

12. October. (Soll die Zahl 1891 lesen) 800, 80 Hundert, 90 Hundert, 80 Hundert, 90 Hundert, und Treu in Ewigkeit, Einsiedler, Kleinichter, 90.... (Cigarre gezeigt.) Nu, feine Cigarre, ganze Welt, Fronleichnamsfest, Herzen, Napoleon ....

Ich begnüge mich mit den angeführten Sprachproben. Wie ist nun die vorliegende Sprachstörung aufzufassen und zu erklären? Eine Behinderung im Sprechen tritt nicht direct hervor. Der Kranke spricht die Worte ohne Anstoss, er spricht deutlich, manchmal lange Zeit hintereinander fort, arbeitet dabei fleissig, benimmt sich geordnet, sagt einzelne Sätze richtig her, ist aber nicht im Stande, auf Fragen richtige Antwort zu geben. Nur seinen Namen nennt er richtig. Aber schon die Angabe seines Geburtsjahres macht ihm Schwierigkeiten: er bleibt an einzelnen Zahlen hängen, wiederholt sich, giebt sich offenbar Mühe, das Richtige zu finden, kommt jedoch stets auf einzelne ohne Sinn aneinander gefügte Worte und einzelne Phrasen, die er immer wiederholt. Ist die beobachtete Störung als die Sprache eines Verwirrten, als pseudaphasische oder encephalitische Verwirrtheit oder als Paraphasie und sensorische Aphasie oder als die Sprache eines Paralytikers aufzufassen? „Charakteristisch für die sensorische Aphasie ist die Armuth an Wortbildungen von irgend engerer Bedeutung, die häufigen Interjectionen und Wiederholungen von einmal ausgesprochenen Hauptwörtern, Zahlen und Zeitwörtern.“ Die Worte selbst werden richtig ausgesprochen, einzelne, neugebildete unverständliche Worte eingeschoben. „Unter Paraphasie aber müssen wir eine Sprachstörung

Digitized by Google

verstehen, bei welcher das passende Wort durch ein unpassendes ersetzt wird, welches aber zum richtigen Wort noch immer eine gewisse Beziehung zeigt" (*Freud*). Zu berücksichtigen wären ferner die Schreib- und Lesestörungen. Nach *Wernicke* (Fortschr. d. Medicin, 1886, S. 473) besteht sowohl bei den corticalen sensorischen, wie bei den corticalen motorischen Aphasien, und auch bei Leitungsaphasie verbale Alexie und Agraphie. In den ersten beiden Fällen ist, wie in unserem Falle, das Copiren nach Vorlage erhalten. Bei der Leitungsaphasie können „Zahlen, der Name, überhaupt Worte, wo das Schreiben ohne Buchstabiren geschieht, wo sich die betreffenden Worte, Zahlen einfach wie Objectbilder verhalten, noch gelesen und geschrieben werden". Unser Kranker kann Copiren, kann seinen Namen schreiben, Zahlen lesen und schreiben, die Fähigkeit des Lesens von Buchstaben aber ist bei ihm sonst völlig aufgehoben. Ebensowenig kann er (ausser den Zahlen und seinem Namen) schreiben; es besteht nicht verbale Agraphie, sondern Paragraphie, d. h. (nach *Wernicke*) soviel, wie vollständige Agraphie. Bei dieser muss bekanntlich die Form der Buchstaben selbst gelitten haben (*Wernicke* l. c. S. 465). Der Kranke „kann nur einzelne Striche machen oder gelegentlich auch richtige Buchstaben schreiben, aber nur vereinzelt unter einer Menge abenteuerlicher Striche und Haken". Bei den schriftlichen Productionen unseres Patienten, so oft dieselbe auch untersucht wurde, traten gelegentlich einzelne, richtige Buchstaben auf, daneben und dazwischen aber absonderlich gestaltete, manchmal an ein d, manchmal an ein w erinnernde Haken auf. Zahlen konnten spontan und nach Vorlage geschrieben werden. Auszuschliessen ist jedenfalls sowohl die transcorticale sensorische, wie die transcorticale motorische Aphasie (das Vorkommen der letzteren Form möchte *Freud* überhaupt bestreiten), denn bei letzterer fehlt die Alexie ganz, ebenso kann der Kranke nachsprechen und auf Dictat schreiben, nur das spontane Schreiben ist nicht möglich; bei ersterer kann fliessend, freilich ohne Verständniss, gelesen werden. Geschrieben wird mit richtigen Buchstaben, aber paraphasisch. Schreiben auf Dictat ist dann ebenfalls möglich, aber ohne Verständniss. Die subcorticalen Aphasien (falls man die Aufstellung dieser Formen zulässt, siehe *Freud, Goldscheider* l. c.) zeigen weder im Lesen noch im Schreiben Störungen (*Wernicke,* l. c. S. 473).

Digitized by Google

Beim ersten Eindruck wird unser Kranker den Eindruck eines chronisch Verwirrten machen. Das häufige Wiederkehren derselben Worte und einzelnen Redewendungen, das Constante des Inhalts der dürftigen Sätzchen erinnert an das Symptom der Verbigeration. Auch an Paralyse ist natürlich zu denken. Es fehlen aber alle distincten Symptome. Ein Anfall ist seit Beginn der Krankheit nie beobachtet worden und nur anfangs von grosser Schlafsucht die Rede. Niemals sind Zeichen grösserer Erregung (ausser im Sprachgebiet) constatirt worden. Atactische Erscheinungen fehlen. Der Kranke arbeitet seit Monaten und ist ein geschickter, fleissiger Schuhmacher. Einen geistig erheblich geschwächten Eindruck macht er nicht. Auch bei allen andern Handleistungen in der Anstalt erweist er sich geschickt und anstellig. Seine Stimmung ist stets eine ruhige, zufriedene, niemals zornige oder auffallend traurige gewesen.

Ich habe den Fall N. etwas ausführlich besprochen, gestehe aber, dass ich eine genügende Erklärung der eigenthümlichen Sprachstörung zu geben ausser Stande bin. Es lässt sich, glaube ich, nur soviel feststellen, dass eine Störung in der Wortklangstätte, eine Wortverarmung bei reichlichen Sprachimpulsen besteht.

Unter Zugrundelegung der von *Wernicke* in seinem erwähnten Vortrage gegebenen Auseinandersetzungen will ich kurz noch einmal einen einfachen Fall psychischer Verwirrtheit berühren. *Wernicke* geht in seinem Schema von dem Process der Identification, des Wiedererkennens aus. Besteht eine Störung der Klangbilder, so ist die primäre Identification aufgehoben, so bei sensorischer Aphasie. Ist das Wortklangcentrum intact, aber die Fortleitung zum Begriffscentrum aufgehoben, so haben wir es mit einer secundären Identificationsstörung zu thun. Da die Geisteskranken im Besitz ihrer Wahrnehmung sind, so kann man die primäre Identificationsstörung bei ihnen ausschliessen. Die secundären Störungen der Identification scheiden sich in die bereits oben angegebenen psychosensorischen, intrapsychischen und psychomotorischen Störungen. Nehmen wir nun einen einfachen, erst kurze Zeit bestehenden Fall von Verwirrtheit. Die betreffende Kranke kann ihren Namen nicht angeben, phantasirt von Sterbenmüssen, von ihren vielen Sünden u. dergl. Auf die Frage, woher sie sei, antwortet sie: Ich weiss es nicht. Wir würden hier, nach *Meynert*'s Auffassung, eine pseudaphasische Verwirrtheit vor uns haben. Nach *Wernicke* würden

Digitized by Google

wir von einer secundären Identificationsstörung, hier speciell einer Störung von Wortklang- zum Begriffscentrum sprechen können. Erst auf die spätere, zweite Frage: Sind Sie aus dem Dorfe L.? vermag sie richtig zu identificiren und antwortet bejahend.

Karl L., Schauspieler, 44 Jahre alt; hier aufgenommen 10. August 1891. Krankheitsbeginn nicht genau festzustellen. Februar 1891 in Wien in die Klinik aufgenommen. Im Juni ein paralytischer Anfall. Schwatzt damals sehr viel, war unruhig und unsauber, äusserte Grössenideen.

Vorgeschrittener Paralytiker. Während der ersten Monate ganz stumm, apathisch, zeigt nur manchmal auf Zunge und Augen.

26. November. Wird lebhafter, spricht in kurzen Sätzen, gesticulirt viel. Es wird ihm ein Schlüssel gezeigt. (Macht die Bewegung des Schliessens:) „Was man aufmachen thut". Ein Buch erkennt er als „Buch". Nochmals ein Schlüssel gezeigt: sagt: Stückel, macht wieder die Bewegung des Schliessens. Ein 10 Pfennigstück vorgehalten: das kenne ich nicht. Was steht für eine Zahl darauf? Schreibt die Zahl 10 in die Luft, sagt: das weiss ich nicht. $5+2=10$.

28. November. Zunehmende motorische Unruhe: „Ich freu mich, dass ich in Retz komme, in Wien (reibt sich vor Freuden die Hände) hierher komme ich und dorthin nach Wien, da war meine Blüte — Schauspieler bin ich — reisender — ich hab das g'sehn in Wien! Was der mich gesagt hat, ich hab auch dort eine Reise machen können, ach ja — ich — das werde ich nicht tragen können. —

4. December. „Ich hab mich sehr geärgert über den — der das gemacht hat — ich kann alles mit die Augen — ich hab das gesehn — wie der — das — das (fortwährende Gesten), ich habe das hier — hier bin ich — das ist nichts — ich hab alles gesehn — der hat alles gemacht — und ich hab alles gemacht, der ist ja tot. —

16. December. Und das war, viel Geld hab ich — und die Liebe — und der verfluchte Bestie hat alles gemacht — und ich nicht — und werden alle kommen — und die warens — ja — und der alles gesehn hat — der war da und das ist das. —

22. December. Für eine ihm vorgezeigte Glocke, ebenso für Papier, für eine Schiefertafel findet er die Bezeichnung nicht.

Schreiben Sie Ihren Namen! Carl Lachnit. Schreiben darunter: Schauspieler. Schreibt: Schalschied. Schreiben Sie das Wort noch einmal! Schreibt Schlaf... (unleserlich). Auf Dictat schreibt er richtig A, B, D, E, F, statt C schreibt er D, statt 85 28, statt 120 die Zahl 1087, für 32 ein S, statt 12 das Wort fachleit u. s. w.

Ein Dreieck wird ihm vorgezeichnet. Kindische Freude: „Ein Zeckel, wie nennt man das — wo man so was macht. — Zeichnen Sie es mal ab! Wird richtig ausgeführt. Ist es ein Viereck? Nein. Ein Dreieck? Ja.

Es wird das Wort Napoleon hingeschrieben. Liest die Buchstaben

Digitized by Google

einzeln richtig bis zum l, bei l, e, o, n macht er die entsprechenden Schreibbewegungen. Erkennt die Buchstaben nicht. Schreiben Sie das Wort ab! Schreibt Napol, kommt nicht weiter.

Es wird ihm gezeigt das Bild einer Kirche — sagt Aussicht, eines Schiffes — Kahn, eines Denkmals — Stadt, v. Bismarck — Soldat — ich war dort, eine Zeitung — Breslauer Zeite. Die Zahl 21 — liest 1 — 2 — 2 u. s. w.

Von Farben erkennt er richtig nur Schwarz und Weiss — die andern bezeichnet er falsch oder garnicht.

In Vorstehendem habe ich kurz Sprachproben eines Paralytikers mitgetheilt. Eingehender brauche ich mich über die bekannten Störungen der Wort- und Schriftsprache bei der Paralyse hier nicht auszusprechen. Jeder Psychiater kennt die Mannigfaltigkeit des hier Gebotenen. Nur auf einzelnes will ich hinweisen. Es kommen, namentlich nach den Anfällen, eine Reihe von Herderscheinungen bei dieser Krankheit zur Beobachtung (siehe ***Zacher***, citirt bei ***Meynert***, Lehrbuch S. 224) Aphasien, Seelenblindheit etc. Von den Formen der Aphasie wären zunächst die amnestische, dann die motorische zu beobachten. Im Endstadium ist der Verlust der Sprache durch die Demenz, die Aphasie und die vollständige Coordinationslähmung bedingt. (***Krafft-Ebing***, Lehrbuch S. 655.) Im Beginn der aphasischen Störungen wird es sich wahrscheinlich zumeist um einen Zerfall der Associationen und zwar „in der umgekehrten Zeitfolge ihrer Bildung“ (***Meynert***, S. 225) handeln. Beim Weiterfortschreiten des Processes treten mehr und mehr Heerderscheinungen auf; der terminale Blödsinn ist eine „Summation von Herdsymptomen“ (***Wernicke***). Neben secundären Identificationsstörungen werden wir bei der Paralyse (***Wernicke*** schliesst die Paralyse in seinem Vortrage vorläufig aus) vor allem auf primäre Identificationsstörung zu achten haben.

Neben der Aermlichkeit der Diction des Kranken L., die sich nur aus dürftigen, immer wiederkehrenden Sätzchen zusammensetzt, denen er durch lebhafte Gesten (er war Schauspieler!) eine gewisse Erweiterung und Erklärung zu geben sucht, fallen auf seine paraphasischen Bezeichnungen vorgezeigter Gegenstände, seine öfteren Versuche, von der entsprechenden, meist richtig ausgeführten Schreibbewegung das entsprechende Wortklangbild zu finden, seine hochgradige Unsicherheit und Unkenntniss in der Bezeichnung der Farben, ferner im Lesen und Schreiben der Zahlen, während die

Digitized by Google

Fähigkeit, Buchstaben und Worte zu schreiben, sowohl copirend als auf Dictat, nicht so erheblich gestört ist, oder wenigstens noch öfter die betreffenden Schreibbewegungen richtig ausgeführt werden. Einen grossen Antheil an den betreffenden Störungen dürfte wohl die rasche Ermüdung des Kranken bei geistiger Anstrengung und seine erheblich geschwächte Aufmerksamkeit haben, neben dem weitgehenden Zerfall der Associationsbahnen, so dass oft nur auf Umwegen, von andern Sinnesgebieten, z. B. vom Tastsinn aus, die betreffenden Erinnerungsbilder mühsam gefunden werden. Aber auch da identificirt der Kranke häufig unrichtig oder hilft sich paraphasisch mit langen Umschreibungen oder reproducirt allenfalls noch die mit dem betreffenden Bild zugleich erworbenen Bewegungsvorstellungen. Von einer genaueren Scheidung, wo hier die primäre, resp. die secundäre Identificationsstörung vorliegt, sehe ich ab.

Wie hochgradig die Sprache im Endstadium der Paralyse gestört sein kann, zeigt ein Fall einer hier beobachteten weiblichen Kranken. Dieselbe hat das Wortverständniss vollkommen verloren, ihr Sprachvermögen beschränkt sich auf einzelne interjectionelle Bezeichnungen der Freude und Ueberraschung: diedel dum, bum, bum, bum, ach herjel, und das, nu eben. Diese Sätzchen wiederholt sie den ganzen Tag. Hat sie ein Wort einmal ausgesprochen, dann klebt sie an demselben fest und wiederholt es fortwährend. Vorgezeigte Gegenstände glotzt sie starr an. Direct vorgesprochene Worte wiederholt sie nicht. Dagegen schnappt sie gelegentlich Worte aus der Unterhaltung auf von andern, in ihrer Nähe befindlichen Personen und gebraucht sie dann in ihren Sätzchen. Auf diesen Punkt bei Sprachstörungen, namentlich wenn die zufällig aus der Unterhaltung aufgegriffenen Worte nachgesprochen und dann weiter zur Bezeichnung von vorgezeigten Gegenständen gebraucht werden, macht *Moeli* (l. c.) aufmerksam, als event. wichtig für die Frage, ob über die Wortklangstätte gesprochen wird.

Johann S., 46 Jahre alt, Hausirer; hier aufgenommen 19. September 1890. Früher fleissig und ordentlich, lernte gut. Beginn der Krankheit (Paralyse) Januar 1890. Ende Januar mehrere Anfälle von kurzer Dauer. Nach dem II. Anfall fällt auf, dass er niemand mehr erkennt. Später lief er zwecklos herum, wurde überall gefoppt, fing an Schnaps zu trinken. — Hier stets ruhig, spricht spontan nur äusserst selten einmal, frägt dann stets, wo er eigentlich ist. Vergisst stets den Namen der Anstalt, kennt den Arzt nicht, behauptet bei jeder Visite, er habe ihn noch nicht gesehen.

Digitized by Google

Weiss selten ob er schon gefrühstückt resp. zu Mittag gegessen hat, findet nicht sein Zimmer, läuft Treppen zu viel und dgl. Die Gegenstände erkennt er richtig und benennt sie auch fast alle, vergisst aber im Augenblick, dass er sie schon gesehen hat. Glaubt stets etwas neues, noch nie Gesehenes vor sich zu haben. Spricht man ihm ein längeres Wort vor, so merkt er sich nur die ersten Buchstaben oder einige Silben. Ebenso vergisst er beim Schreiben eines längeren Wortes, was er schreiben soll, bringt nur die ersten Buchstaben zu Papier. Er liest ausgesprochen buchstabirend und schreibt nur, indem er sich Buchstaben für Buchstaben leise vorsagt, findet aber, sobald er ein längeres Wort zu Ende buchstabirt hat, wieder nicht das betreffende Wortklangbild.

Die Störung, die unser Patient, der zweifellos ein Paralytiker ist, bietet, erinnert an den bekannten Fall von *Grashey*. Im Anfang bestand jedenfalls auch Seelenblindheit. Heut fällt besonders auf, dass er die neuen, sich ihm darbietenden Eindrücke des Gesichts-, Gehörs- und Tastsinnes nicht mehr festhalten kann, dass er sie im Augenblicke vergisst, während das Gedächtniss für frühere Ereignisse ziemlich gut ist. Aus dieser besonderen Form der Gedächtnissschwäche resultirt jedenfalls auch seine Rathlosigkeit und sein fast absolut beobachtetes Schweigen. Er verhält sich den neuen Eindrücken seiner Umgebung gegenüber (er ist jetzt bereits über ein Jahr in der Anstalt) gewissermaassen wie ein Thier ohne Grosshirn (siehe *Schrader*[29]). Er sieht, hört und fühlt, kann aber die neuen Eindrücke, die er im Moment wieder vergisst, nicht verwerthen, sie sind sofort seinem Bewusstsein wieder entfremdet. Bezüglich der verschiedenen Erklärungsversuche des *Grashey*'schen Falles verweise ich auf den Anfang meiner Arbeit.

Die Sprachstörungen geisteskranker Epileptiker haben eine einheitliche Darstellung noch nicht gefunden. Wenigstens ist mir eine diesbezügliche Arbeit nicht bekannt geworden. Die Störungen der Sprache irrer Epileptiker bieten natürlich Analoges den bei Geisteskranken überhaupt beobachteten. Dazu kommen aber noch, namentlich bei jugendlichen Individuen und rasch fortschreitender Demenz, articulatorische Störungen, aphasische, namentlich motorisch-aphasische Symptome bis zu weitgehendster Verarmung des Wortschatzes, Störungen der Reproduction und Association der Vorstellungen, in Dämmerzuständen Erscheinungen von Asymbolie u. dergl. Auffällig verlangsamte, stotternde, schwerfällige, hesitirende Sprache, Sprachhemmungen, dürftige, ungeschickte Satzbildung, weitgehendste

Digitized by Google

Einschränkung des Ideenkreises werden häufig beobachtet, bei andern pathetische Declamation, Verbigeration, Neubildung von Worten und Bildung neuer Sprachen. Ich theile folgende Sprachprobe eines jugendlichen Epileptikers hier mit:

Ti de ci dobschi, paraschtowie, doctorsche, dobsche, borsche, to jest jüdsche Bundeslade, abo pilato titus, powierze, na ten doctor jüdisch, owische drosche, na de stenografsche, absches to jest Kreuzigung strafe, na ten knorre triddel taddel, rippisch, tosisch, brosisch, starich, Bundeslade, Judenthum, alma mina.

Eine Hystero-epileptica zeigte interessante Sprachhemmungen. Mitten in der Unterhaltung blieb sie an einem Wort hängen, wiederholte dasselbe langsam mehrmals hintereinander, wurde unruhig, fasste bald nach den Haaren, bald nach der Zunge, und fuhr dann weiter fort zu sprechen. Dieselben Störungen traten bei der Schriftsprache hervor, z. B.

„Ich hoffte tüchtig arbeiten zu können, die Herrn Aerzte waren aber andrer Meinung, hoffen jedoch mich völlllig wieder herzustellen. Das wird auch auch auch sicher geschehn b bei der Vorzug Pflege mir wie allllen, ob hoch ob niedrig reich od arm zu zu theil wird."

In Fällen von seniler Demenz kann es, neben erheblicher Verarmung des Wortschatzes durch häufiges Wiederholen der einmal ausgesprochenen Worte und Sätze, an denen der Kranke gleichsam festklebt, zu einer Art von Verbigeration kommen, wie in secundären Schwächezuständen überhaupt, worauf *Neisser* bereits aufmerksam machte.

Ein alter, 60jähriger Mann, der kurz vor seinem Tode grosse Neigung zum Plappern zeigte, sprach etwa folgendermaassen:

„Ja, ja, bissel, bissel, bissel, bissel (noch häufig wiederholt) bissel, bissel hat schon bissel, bissel, Doktor, Doktor, Doktor, Doktor, Kopf hat man zerschlagen, krank ist man, nach der Doktor (!) ist a bissel besser, aber man spürt a bissel, in die Knochen a bissel, ja, ja (fasst sich nach dem Ohre); jetzt kann ich a bissel arbeiten; die Gesundheit ist schon alle, mein Kopf ist schon vorüber und da wird er schon, der Kopf, immer kränklich sein!"

Ein weiterer Fall von Altersblödsinn, den ich mittheilen will, ist complicirt durch Taubstummheit und Erscheinungen von Seelenblindheit.

Digitized by Google

Der betreffende Patient ist taubstumm geboren, in einer Taubstummenanstalt erzogen worden, hat sprechen, lesen und schreiben gelernt und war als Bäcker in seiner Heimatstadt thätig. Auffällige Erscheinungen hat er nie sonst dargeboten. Im Herbst 1889 ein Schlaganfall mit Lähmung der rechten Seite, speciell des rechten Armes; im Oktober 1890 ein zweiter, der ebenfalls nach einiger Zeit sich besserte. Nur eine Parese des rechten Beines und Armes blieb zurück, die heut noch besteht. Seit Ostern 1891 psychische Veränderung: misstrauisch, äusserte Wahnideen, man habe ihm alles geraubt, wurde unsauber, zerstörte Sachen, z. B. seine Taschenuhr. Auffällig war schon damals, dass er sich vergesslich zeigte und sich nicht in seiner Behausung mehr ordentlich zurecht fand. Im Juli 1891 Aufnahme hierselbst. Patient, 58 Jahre alt, nach kurzer Zeit ruhig, blieb aber noch lange hindurch unsauber. Das neben seinem Bett stehende Nachtgeschirr fand er niemals. Auch gegenwärtig noch findet er nie aufs Closet, tastet an den Wänden entlang, um die Thür zu finden, findet wieder nicht ins Zimmer zurück, erkennt nie seinen Bettplatz wieder u. s. f. Nur Arzt und Wärter kennt er. Eine Verständigung mit ihm und jede Untersuchung ist erheblich erschwert, zumal er sehr leicht ermüdet, ärgerlich wird, anfängt zu weinen, keine Auskunft mehr giebt. Es besteht Presbyopie (leidlich corrigirt durch +14). Patient sieht und erkennt auch richtig ohne Brille in $^3/_4$ Meter die Zeit auf einer Taschenuhr. Es lässt sich ferner feststellen, dass er die meisten Gegenstände im Zimmer oder ihm vorgezeigte Objecte sieht, meist nach längerem Ansehen richtig erkennt, öfter aber nicht die richtige Benennung dafür findet oder andere Bezeichnungen braucht, die in der Regel noch einen gewissen Zusammenhang mit der richtigen Bezeichnung erkennen lassen. Die Beobachtung, dass er von rechts her kommende Gegenstände immer erst erkennt, wenn sie sich der Mittellinie des Gesichtsfeldes nähern, legt mir die Vermuthung nahe, dass es sich bei ihm um eine rechtsseitige, gleichseitige Hemiopie handelt, entsprechend der gelähmten Körperseite. Eine genauere Augenprüfung mit dem Perimeter war leider nicht vorzunehmen. Die Aussprache der einzelnen Worte ist eine leidlich deutliche. Lesen kann er nur noch einzelne kleine geschriebene Worte und Zahlen, wobei er fortwährend den Kopf nach rechts dreht und sich die rechte Hand über die Augen hält, rechnet richtig einige Exempel, zeichnet einfache Figuren nach. Gedrucktes kann er nicht lesen, ebenso kann er nicht schreiben, seinen Namen ausgenommen. (Früher konnte er lesen und schreiben.) Auch diese Unfähigkeit des Lesens und Schreibens könnte die Diagnose einer bestehenden Hemiopie, die sonst nicht sicher objectiv festgestellt werden kann, mit begründen helfen.

Ich lasse nun einzelne Aufzeichnungen aus den Protocollen der wiederholten Untersuchungen über die beim Vorzeigen verschiedener Objecte gebotenen Sprachstörungen folgen.

Digitized by Google

Es wird ihm gezeigt:	Bezeichnung seinerseits:
Geige	Musik
Geigenbogen	zuckt die Achseln, macht die Bewegung des Bogenführens, endlich „Musik“
Schachbrett	„weiss nicht“
Tintenfass	Tinte
Schlüssel	Schlüssel
grüne Wolle	Schnüre; nachdem er dieselbe angefasst: Wolle
Streichholz	Feuer machen
Mütze	(nach langer Zeit) Mütze
Gummi	Bleistift
kleines Kästchen	Feuer
Federhalter	Bleistift
Cigarre	Bleistift
Hemdkragen	Hals — Vorhemde — Hals (später Kragen)
Nägel (von Eisen)	kennt er nicht
Draht	Schnüre
nochmals ein Kästchen	Feuerzeug
Portemonnaie	„weiss nicht“
Cravatte	zeigt auf seine Augen, schüttelt den Kopf
Abreisskalender	„weiss nicht“
Cylinder von Glas	Glas — Lampe
Photographie	Papier
Seife	Papier (riecht daran: Seife)
breites Stück Lampendocht	Hosenträger
schmales Docht	Papier — später „Lappen“
Hosenträger	Hosenträger
Cigarrentasche	Tasche — Geldbeutel
braunes Siegellack	Bleistift
rothes Siegellack	Bleistift — Cigarre (nachdem er es in die Hand genommen: „Brieftasche“)
Wandkalender	(weiss er nicht zu bezeichnen).

Die in letzter Zeit mitgetheilten Fälle von opt. Aphasie (*Freund*[17]) und von Seelenblindheit (*Lissauer*[18]), s. auch die ältere Arbeit von *Wilbrandt*[19] betrafen Kranke, die vorher im vollen Besitz der Wortklangbilder waren. Unser Krankheitsfall bietet, abgesehen von einer ganzen Reihe von Schwierigkeiten, welche eine genauere Prüfung der Krankheitssymptome nach jeder Richtung hin erschweren, wesentlich abweichende Verhältnisse durch die von Geburt an bestehende Taubstummheit. Wortklangbilder hat er nie erwerben können. Es fällt also in diesem Falle ihre erhebliche Bedeutung für den Erwerb, resp. Nichterwerb der Sprache fort.

Digitized by Google

Sind bei anderen Kranken, wo Taubheit resp. Taubstummheit erst nach der Geburt entsteht, die Wortklangbilder noch nicht befestigt, so kommt die Wortbewegung in Fortfall, und es resultirt auch hier Taubstummheit. Der Taubstumme erwirbt beim Unterricht durch den Gesichtssinn und gleichzeitiges Betasten der Articulationsbewegungen am Kehlkopf, falls nicht erhebliche Hindernisse für die Articulation überhaupt vorhanden sind, die Fähigkeit zu sprechen mühsam wieder oder überhaupt erst auf diesem Wege. Die Sprachbewegungsvorstellungen werden, wie normaler Weise durch fortwährende Controlle des Gehörs, hier durch den Gesichtssinn dauernd controllirt und regulirt und analog dem Wortklangbildcentrum ein Wortbildcentrum für die beim Unterricht gleichzeitig aufgenommenen Gesichtseindrücke der Sprechbewegungen erworben. Gestört ist bei unserm Patienten in hohem Grade namentlich das Sammeln und Fixiren neuer Gesichtseindrücke (das optische Gedächtniss), während das Wiedererkennen und die Apperception nicht so hochgradig gelitten haben. Aus dem Verhältniss dieser verschiedenen Störungen zu einander liesse sich bei unserer Beobachtung der Schluss auf eine hauptsächlich corticale Erkrankung ziehen (s. *Lissauer* l. c. S. 260). Wäre es möglich, die Hemianopsie, die ich bei dem Kranken nur vermuthe, genau perimetrisch festzustellen, dann könnte aus der Form des betreffenden Gesichtsfeldes, falls nämlich noch in der wahrnehmenden Gesichtshälfte partielle Defecte nachgewiesen würden, ebenfalls ein Rückschluss auf den Sitz der Erkrankung in der Rinde gezogen werden (*Lissauer* l. c. S. 261). Alle diese Erwägungen erscheinen aber hier insofern unzulänglich, als eine genaue Functionsprüfung der Augen, speciell des Farben- und Lichtsinnes, des Formensinnes, der optischen Phantasie (s. auch *Siemerling*[22]) etc. wegen der Demenz und Taubstummheit unseres Kranken scheitert. Erst die Section dürfte genauere Aufschlüsse geben.

Bei der Prüfung unseres Patienten zeigte sich, wie bei *Lissauer*'s Fall und auch sonst öfter in der Pathologie der Sprachstörungen, dass ein einmal angewandter Ausdruck beim Vorzeigen der nächsten Objecte öfter auch auf diese ausgedehnt wurde, und dass dadurch gerade die absonderlichsten Verkennungen zu Tage kamen. Bei einzelnen Gegenständen liess wenigstens die äussere Aehnlichkeit die falsche Benennung einigermaassen verständlich er-

Digitized by Google

scheinen, bei andern wurden Bezeichnungen aus verwandten Gebieten herbeigezogen oder die zugleich mit dem opt. Bilde erworbenen Bewegungsvorstellungen zur Auffindung des betreffenden Wortes in Anwendung gezogen. Für Einzelnes wurden Verlegenheitsausdrücke gebraucht, manches konnte gar nicht bezeichnet werden. Die so auffällige Störung der Raumvorstellungen liesse sich entweder durch eine Zerstörung des betreffenden Centrums für die Augenbewegungen in der Angularwindung (*Lissauer*, l. c. S. 263) oder der Associationsbahnen, welche dieses Centrum mit dem Centrum der Retina verbinden, erklären.

Für die zweifellos als organische Erkrankung speciell der Hirnrinde aufzufassende Dementia senilis (s. *Kostiurin*[30]) dürfte das für die Psychosen von *Wernicke* aufgestellte Schema der secundären Identificationsstörungen im Allgemeinen ebensowenig direct Anwendung finden, wie bei der allgemeinen progressiven Paralyse.

Zu welchen Störungen in der Schriftsprache taubstummer Geisteskranker es kommen kann, falls die fortwährende scharfe Controlle des Gesichtssinnes für die Erwerbung und Befestigung ihrer Sprach- und Schriftbewegungen fortfällt oder nur sehr mangelhaft ist, wie in einer weiteren hiesigen Beobachtung in Folge hochgradiger Myopie, zeigt folgende Schriftprobe:

(Wie alt sind Sie?)	Grösst bin 30 Jahr alt
(Vornamen?)	jeder Toder
(Geburtstag?)	so mein 5 October 1862
(wo geboren?)	Nein satz wohl werden gestorb.

den Arzt bezeichnet er als „Lehrer", den Oberwärter als „Schmachmeister".

Es wird ihm gezeigt:	Er schreibt:
Pelz-Mütze	Pilz-Hut
Bleistift	Bleistif
Hut	Moder Hut
Scheere	Scheerer
Bürstchen	Kamm
Schlüssel	Schlüsel
Cigarre	Ziarge
Streichholzschachtel	Stachel — Beritt
ein Streichholz	Streicher

schreibt zusammenhängend folgendes:

Ich war irwo hätte auf Namen Geburtsag an Hause ernst Seramer

Digitized by Google

heisst fest schmolz Winter Schaufen hält werden Promder ihren salzt geraun gesehn ist zreisse gewet 91 Eugen um gefült in Saarau gebaut Städte mit gerait .... Die Aussprache fällt dem Patienten sehr schwer. Es wird, erst nach langem Zögern und Kehlkopf- und Zungenbewegungen, gleichsam explosiv gesprochen.

Das Auftreten der hochgradigen schriftlichen Paraphasie möchte ich mir hier so entstanden denken, dass der Kranke, der früher richtig schreiben lernte, die erworbenen Kenntnisse einmal später nicht geübt hat, andererseits aber durch seine hochgradige Kurzsichtigkeit an der Correctur der ihm vorgesprochenen Worte gehindert worden ist. Aehnlich, wie die Wortklangbilder nicht nur für Wort- und Schriftgebrauch, Wort- und Schriftverständniss, sondern auch für die Vorstellungsthätigkeit von grösster Bedeutung sind, (*Moeli*) müsste man hier beim Taubstummen den optischen Wortbildern eine gleiche Wichtigkeit einräumen. Fällt die Correctur durch das Gehör und der Vergleich mit den Klangbildern fort, dann kommt es in dem Falle, wo die Wortvorstellungen noch nicht ganz fest und sicher erworben sind, zu Paraphasie. Kommt beim Taubstummen, der mühsam erst sprechen und schreiben gelernt hat, die für den weiteren Erwerb und die Befestigung des Erworbenen wichtige Correctur und Richtigstellung der Sprechbewegungen durch den Gesichtssinn in Fortfall, so resultirt ebenfalls Paraphasie, die auch beim Schreiben zum Ausdruck kommt.

Es erübrigte zum Schluss noch die Sprachstörungen der Idioten kurz näher zu betrachten. Hier kann absoluter Mutacismus bestehen oder die sprachlichen Aeusserungen auf einzelne thierische, grunzende, blökende, schnalzende Laute, Interjectionen und ungeschickte Geberden der Freude, des Staunens, der Abwehr etc., oder einzelne echolalisch vorgebrachte Sätze sich beschränken. Dieselben Laute und Worte können stundenlang (zusammen mit und ohne gleichzeitige wackelnde, pagodenartige Bewegungen des Oberkörpers, im Sitzen oder Knieen, wackelnde, schüttelnde, greifende Bewegungen der Arme etc.) wiederholt werden (Pseudoverbigeration bei Idiotie). Neben aphasischen Störungen kommen zahlreiche Störungen der Articulation, Stammeln, Stottern, auch Schreibstottern (*Berkhan*[31]), Spiegelschrift (*Soltmann*[32]) zur Beobachtung. Eingehender kann ich hier darauf nicht eingehen, da ich erst in letzter Zeit angefangen, mich specieller mit diesen Störungen zu beschäftigen.

Digitized by Google

Eine völlig erschöpfende Darstellung der bei Geisteskranken vorkommenden Sprachstörungen zu geben, lag auch nicht in meiner Absicht. Ausgehend von dem *Grashey*'schen Fall, der durch *Wernicke, Sommer, Freud* etc. verschiedene Auffassung und Erklärung gefunden, und dem ich selbst einen ähnlichen bei einem Paralytiker beobachteten Fall von abnorm abgeschwächtem Gedächtniss für opt., acust. und tactile Eindrücke hinzufügen konnte, berührte ich darauf etwas eingehender die neueren, über einzelne noch sehr streitige Punkte der Aphasielehre gegebenen Erwägungen und Anschauungen. Während hier von einer Seite speciell betont wird, dass die Bedeutung des Momentes der Localisation für die Aphasie überschätzt worden sei und man entschiedener mehr wieder die Functionsbedingungen des Sprachapparates berücksichtigen müsse, interessirte uns von anderer Seite hauptsächlich die Frage, ob beim Erwachsenen stets über die Klangbilder gesprochen würde, wie *Moeli* und *Goldscheider* analog *Kussmaul, Grashey* etc. im Gegensatz zu *Wernicke* und *Lichtheim* annehmen, ferner die Bedeutung des Wortklangelementes, ihr ev. Ueberwiegen über die Wortbewegungsvorstellungen, endlich die Verwerfung der subcorticalen Aphasien *Wernicke*'s u. s. w. Anknüpfend an *Wernicke*'s Idee, die Geisteskrankheiten insgesammt als transcorticale Aphasien auffassen zu wollen und in weiterer Anlehnung an seine Aufstellung primärer und secundärer Identificationsstörungen mit ihren verschiedenen Unterabtheilungen, versuchte ich, unter Uebertragung und specieller Anwendung des gegebenen Schemas auf die Störungen der Sprache bei Irren, in kurzen Zügen die hier zur Beobachtung kommenden Störungen zu localisiren, übertrug dann die Eintheilung der Hyperästhesien etc. auf die von *Krafft-Ebing* gegebene Eintheilung der Dysphrasien *Kussmaul*'s und glaube so für die bisher getrennt betrachteten Dysphrasien und Dysphasien einen gemeinsamen Gesichtspunkt gefunden zu haben, verhehle mir aber nicht die Schwierigkeiten und das Unvollkommene des angestrebten Versuches und weiss nicht, wie weit es mir gelungen ist, den *Wernicke*'schen Anschauungen dabei gerecht zu werden. Während bei der Dementia paralytica und senilis sowie bei Epilepsie neben den secundären auch primäre Identifications- sowie Articulationsstörungen in Betracht kommen, wäre bei den eigentlichen Psychosen die secundäre Identification als gestört zu bezeichnen. Während ich von der An-

Digitized by Google

führung von Beispielen bei der pseudaphasischen Verwirrtheit und bei Paranoia absah, suchte ich bei einem etwas ausführlich mitgetheilten Falle einer eigenartigen Sprachstörung zu zeigen, dass eine Auffassung desselben als transcorticale Aphasie nicht zulässig sei, und dass derselbe einer sensorischen Aphasie mit Paraphasie sehr nahe komme, versuchte ferner die Anwendung des *Wernicke*'schen Schemas kurz an einem Beispiele zu zeigen, citirte darauf ausführlicher mehrere Beispiele von paralytischer Sprachstörung und bei Epileptikern, zuletzt einen Fall von Pseudoverbigeration bei Dementia senilis und die Krankengeschichte eines Taubstummen mit opt. aphasischen und Symptomen von Seelenblindheit.

Das Streben *Wernicke*'s, für das Gesammtgebiet der Psychosen gemeinsame Gesichtspunkte zu finden und eine einheitliche Symptomatologie zu begründen, um die Möglichkeit einer gemeinsamen Betrachtung der von verschiedenen Beobachtern in den überaus reichen Zustandsbildern der Psychosen gefundenen Ergebnisse zu gewinnen, was heut bei der verschiedenen Beurtheilung und Abgrenzung der einzelnen psychischen Krankheitsformen und dem Hinneigen bald zu dieser, bald zu jener Nomenclatur und Classificirung nicht möglich ist, erscheint gewiss jedem Psychiater weitgehendster Beachtung und Prüfung werth und die Herbeiführung eines allgemein gültigen Schemas für die Betrachtung und Einordnung der einzelnen Krankheitsformen sehr willkommen. Die vor *Wernicke* versuchten Classificationen der Psychosen — ich erinnere nur an *Kahlbaum*'s Gruppirung — haben sich einen allgemeinen Eingang nicht verschaffen können, hauptsächlich wohl deshalb, weil eine Menge alter Namen beseitigt und viele neue Bezeichnungen eingeführt wurden, was freilich zum Theil wohl durch die gar zu sehr ins Detail gehende Eintheilung begründet war. Auch das neue *Werincke*'sche Schema kann der neuen Bezeichnungen, die an Stelle der alten treten sollen, natürlich nicht eintraten, aber es enthält deren nur einige wenige. Es steht und fällt freilich mit der vollen Anerkennung oder Ablehnung der von *Wernicke* und *Lichtheim* consequent vertheidigten und durchgeführten Aphasielehre, welche auf dem Boden pathologisch anatomischer Forschung erwachsen ist und durch eine Reihe ausgezeichneter Krankenbeobachtungen eine feste Stütze gefunden hat.

Digitized by Google

Zusatz zu S. 171 Z. 6. Erst am 23. Mai d. J. wurden 2 kurze Krampfanfälle beobachtet. Zuerst trat eine Contractur des linken Armes auf, die rasch wieder vorüberging. Der Kranke kam zum Wärter gelaufen und rief „meine Hand!“ 5 Minuten später ein allgemeiner epileptiformer Anfall. Die Diagnose „Paralyse“, die auch von vornherein die wahrscheinlichste war, ist mir jetzt nicht mehr zweifelhaft.

Literatur.

1. *Klinke*, Leubus, Ueber Sprachstörungen aus Hypochondrie etc. Zeitschrift f. Psych. Bd. 48.
2. *Neisser, Cl.*, Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte. Centralblatt f. Nervenheilkunde etc., red. von *Kurella*. — Jan. 1892.
3. *Moeli*, Ueber den gegenwärtigen Stand der Aphasielehre. Berl. klin. Wochenschrift, 1891, No. 48, 49.
4. *Freud, Sigm.*, Zur Auffassung der Aphasien. 1891. Eine kritische Studie.
5. *Goldscheider*, Ueber centrale Sprach-, Schreib- und Lesestörungen. Berl. klin. Wochenschrift. 1892, No. 4, 5, 6, 7, 8.
6. *Sommer*, Zeitschrift f. Psychologie u. Physiologie der Sinnesorgane, red. von *Ebbinghaus*-Berlin, Bd. II, Heft 1. Referat im Centralblatt f. Nervenheilkunde. October 1891.
7. *Grashey*, Ueber Aphasie und ihre Beziehungen zur Wahrnehmung. Archiv f. Psych. XVI. 1885.
8. *Wernicke*, Fortschritte der Medicin. 1886.
9. *Kussmaul*, Störungen der Sprache. 1877.
10. *Wernicke*, Der aphasische Symptomencomplex. 1874.
11. *Lichtheim*, Ueber Aphasie, deutsches Archiv für kl. Medicin. 1885. 36. Bd. 3. u. 4. Heft.
12. *Meynert*, Klinische Vorlesungen 1891.
    — Derselbe, Beiträge zur Theorie der maniakal. Bewegungserscheinungen. Archiv f. Psych. II und Psychiatrie, Wien. 1884.
13. *Wundt*, Grundzüge der physiol. Psychologie. 1887.
14. *Nothnagel* u. *Naunyn*, Ueber die Localisation der Gehirnkrankheiten. Verhandl. d. VI. Congresses f. innere Medicin. 1887.
15. *Adler, A.*, Beiträge zur Casuistik und Theorie der Aphasie. Dissertation. Breslau 1889.
    — Derselbe, Beitrag zur Kenntniss der seltenen Formen von sensorischer Aphasie. Neurolog. Centralblatt. 1891.
16. *Bruns* u. *Stölting*, Ein Fall von Alexie mit rechtsseitiger homonymer Hemianopsie. Neurolog. Centralblatt. 1888, No. 17.
17. *Freund*, Opt. Aphasie, Archiv f. Psych. XX. Heft 1.
18. *Lissauer*, Ein Fall von Seelenblindheit. Archiv f. Psych., XXI. Bd. Heft 1.

Digitized by Google

19. *Wilbrand*, Die Seelenblindheit als Herderscheinung.
20. *Reinhard*, Archiv f. Psych. Bd. XVII.
21. *Delbrück*, Amnestische Aphasie; Jen. Zeitschrift f. Naturwiss. Suppl. Heft 2, 1886.
22. *Siemerling*, Ein Fall von sog. Seelenblindheit. Archiv f. Psych. Bd. XXI Heft 1.
23. *Cramer, K.*, Zur Lehre von der Aphasie. Archiv f. Psych. Bd. XXII Heft 1.
24. *Laquer*, Zur Localisation der sens. Aphasie, Neurolog. Centralblatt, 1888, 12.
25. *Kirchhoff*, Localisation psych. Störungen, 1888.
26. *Rieger*, Beschreibung d. Intelligenzst. etc. Würzb. 1889.
27. *Wernicke*, Aphasie und Geistesstörung. Deutsche med. Wochenschr. 1890, No. 21.
28. — Derselbe, Zur Sympt. der Psychosen. Vortrag, Dec. 1891, Breslau — Refer. im Centralblatt 1892.
29. *Schrader*, Ueber die Stellung des Grosshirns im Reflexmechanismus des centr. Nervensystems der Wirbelthiere. Archiv f. experiment. Pathol. u. Pharm. XXXIX. Bd.
30. *Kostiurin*, Die senilen Veränderungen der Grosshirnrinde. Wiener med. Jahrbücher 1886, Heft 2.
31. *Berkhan*, Ueber Störungen der Sprache und der Schriftsprache. Berlin 1889.
32. *Soltmann*, Schrift und Spiegelschrift.

Digitized by Google

Ueber die Variabilität der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen.

Von

Dr. **Theodor Kölle,**
Volontärarzt der k. w. Staatsirrenanstalt Zwiefalten.

Die in der Allgem. Ztschr. für Psych. Bd. 42, H. 1 von Director *Koch* in Zwiefalten veröffentlichte Arbeit „über die Variabilität der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen" hat mich veranlasst nähere Untersuchungen über diese Verhältnisse an den in der württembergischen Staatsirrenanstalt Zwiefalten untergebrachten Geisteskranken anzustellen. Director *Koch* war der erste Forscher, welcher, und zwar eben in der oben erwähnten Arbeit auf die Thatsache der Variabilität der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen aufmerksam machte. Ich habe in der psychiatrischen Literatur sonst keine Arbeiten über dieses Thema gefunden.

Um so mehr dürfte es von Interesse sein, die Erscheinungen der Variabilität der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen in ein weiteres Detail zu verfolgen und dabei das Vorkommen dieser durch specielle Krankengeschichten zu erläutern, welche von *Koch* in seiner Abhandlung nicht gegeben worden sind.

Bei der Ausarbeitung dieses Themas habe ich von den mannigfaltigen Theorien und Hypothesen abgesehen, welche die Autoren über die Entstehungsweise und zur Erklärung der Wahnideen und Sinnestäuschungen aufgestellt haben, und zwar dies nicht blos deshalb, weil eine Einigung in der betreffenden Richtung unter den verschiedenen Schriftstellern zur Zeit noch nicht erzielt ist, sondern namentlich auch darum, weil ich mir von der Berücksichtigung dieser Theorien für die Lösung meiner Aufgabe keinen Nutzen versprechen konnte.

Digitized by Google

Es ist bekannt, welch wechselvolles Bild, man könnte fast sagen, welch kaleidoskopisches Gepräge die Hallucinationen und Delirien bei gewissen acuten Psychosen z. B. im Delirium tremens, bei manchen Zuständen hallucinatorischer Verwirrtheit, bei gewissen Formen von Manie tragen können. Bei solchen Psychosen löst oft in raschester Folge eine Wahnidee und eine Sinnestäuschung die andere ab, und dabei ist ein steter Wechsel der Gedanken, Bilder etc., die ohne alle systematisirende Verknüpfung dahineilen.

Einen ganz anderen Eindruck gewinnt man, wenn man die Wahnideen und Sinnestäuschungen gewisser chronischer Psychosen ins Auge fasst, speciell diejenigen, welche bei manchen Wahnsinnsformen und bei der Verrücktheit vorkommen.

Ganz besonders hinsichtlich des Auftretens und des Verlaufs der Wahnideen und Sinnestäuschungen der Verrückten scheint ein so schlechthin ausgesprochener Gegensatz zu den Erscheinungen bei manchen andern Psychosen zu bestehen, dass man sich daran gewöhnt hat diesen Gegensatz in einem besonderen Ausdruck, nämlich dem Ausdruck „fixe Idee", festzuhalten. Das Bestehen „fixer Ideen" hat man geradezu als ein Merkmal speciell der Paranoia betrachtet. Dabei hatte man nicht blos ein Fixirtsein des Wahns hinsichtlich seiner zeitlichen Dauer im Auge, sondern auch hinsichtlich seines concreten Inhalts.

Aber der gedachte Gegensatz ist, wenn man der Sache auf den Grund geht, nur ein scheinbarer. Wenn man in der Gegenwart als die Grunderscheinung der Paranoia den systematisirten Wahn betrachtet, so hat man damit Recht. Dann könnte es aber allerdings scheinen, als ob damit die Existenz der fixen Ideen bei der Verrücktheit nothwendig gegeben wäre.

Aber auch dieses scheint nur so. Denn unbeschadet einer gewissen Constanz der Axe des Wahns für eine gewisse Zeit, wie sie im allgemeinen vorhanden ist, zeigt doch auch der systematisirte Wahn der Paranoia seinen Wechsel. Der Wahn der Verrückten, um zunächst bei dieser wesentlichsten Erscheinung der Paranoia stehen zu bleiben, kann nicht bloss seinen Kreis ausdehnen (wobei dann auch im erweiterten Systeme die errungene einzelne Wahnidee fix bleiben sollte), sondern er weist, wie eine genaue Beobachtung zeigt, eine gewisse Variabilität auch in seinen Einzelerscheinungen auf: die „fixen Ideen" der Verrückten stehen

Digitized by Google

gar nicht so unabänderlich da, wie man dies vielleicht glauben könnte.

Allerdings darf man nicht annehmen, dass diese Variabilität ins Ungemessene fortgeht: — sie hält sich in gewissen Grenzen. Aber bei allen Wahnideen und Sinnestäuschungen wird man sie bei einer genügend genau und lange fortgesetzten Beobachtung immer constatiren können.

Ich möchte ausdrücklich hervorheben, dass ich bei den Untersuchungen über diese Verhältnisse absichtlich Krankengeschichten von solchen Verrückten benützt habe, welche seit langer Zeit krank und in der hiesigen Anstalt schon länger als 10 Jahre untergebracht sind. Dadurch war es möglich die betreffenden Verhältnisse bei den einzelnen Kranken eine genügend lange Zeit hindurch zu verfolgen und es liess sich dabei constatiren, dass auch solche Wahnideen, die wirklich fix geworden zu sein schienen, doch immer noch einmal variirten.

Ferner muss ich bemerken, dass ich mich bei den Untersuchungen über dieses Thema, soweit es möglich war, auf die bei den Akten gesammelten Briefe und sonstigen Aufzeichnungen der Kranken stützte. Es ist ja bekannt, dass viele Kranke in ihren Briefen und Schriften viel mehr aus sich herausgehen und hierin Dinge offenbaren, lange ehe sie dieselben mündlich mittheilen, ja selbst solche Vorstellungen in ihren schriftlichen Auslassungen preisgeben, welche sie im mündlichen Verkehr beharrlich verschweigen. Ueberdies gab die Benützung der eigenen Aufzeichnungen der Kranken eine Garantie dafür, dass sich keine Irrthümer über die eigene Auffassung der Kranken hinsichtlich ihres Wahnes einschleichen konnten.

Wo von den betreffenden Patienten keine eigenen Schriftstücke vorlagen, musste ich mich allerdings ganz auf die in den Journalen aufgezeichneten Aussagen der Kranken von einst und jetzt beschränken. Aber ich habe doch nur solche Angaben berücksichtigt, die eingehend genug waren, um ohne Bedenken verwerthet werden zu können.

Im mündlichen Verkehr mit den Kranken habe ich alles vermieden, was ihre Schilderungen hätte beeinflussen können, und ich bin zu Folge dessen gewiss, dass ich in keinen der von mir untersuchten Patienten etwas hineinexaminirt habe.

Digitized by Google

Ich habe mich auch, was bei solchen Untersuchungen unerlässlich ist, überall davor gehütet, das, was die Patienten bei der ersten Unterhaltung, sei es aus Misstrauen, sei es weil sie sich genierten, verschwiegen und erst im Laufe der folgenden Unterredungen preisgaben, für neue Wahnideen oder Variationen der früheren zu halten. Dass derartige Dinge nicht zu Fehlerquellen werden, kann man nur durch häufige Unterhaltungen und länger fortgesetzte Beobachtungen vermeiden.

Bei meinen Untersuchungen habe ich mich speciell mit solchen Verrückten beschäftigt, bei denen die Grundidee, die dem ganzen Wahnsystem ihren Charakter verlieh, eine ziemlich einfache und durchsichtige war, z. B. der Wahn Majestät oder Gott zu sein.

Mit Verrückten, die entweder schwer zugänglich waren oder ihre Wahnideen in selbstfabricirten Wörtern preisgaben, wie z. B. Blutzwang, Gedächtnissprellerei etc., mit denen sie einen nur ihnen ganz verständlichen Sinn verknüpften, konnte ich mich selbstverständlich zum Zwecke der Lösung meiner Aufgabe nicht befassen.

Uebrigens habe ich auch deshalb gerne hinsichtlich des vorhandenen Wahns möglichst einfache Fälle zur Untersuchung vorgenommen, weil bei diesen eine Variabilität der bestehenden Wahnideen um so überraschender erscheint, da gerade solche Fälle den Hauptanlass zu dem Glauben an die fixe Idee gegeben haben.

Dir. *Koch* trennt nach mündlichen Mittheilungen, die er mir gemacht hat, vom Variiren der Wahnvorstellungen die Ausdehnung des Wahns und die secundäre Wahnbildung aus Wahn.

Bei der Ausdehnung des Wahns handelt es sich um ein Umsichgreifen des Wahns auf immer weitere Gebiete; der Wahn erobert sich immer weitere Kreise; er erstreckt sich auf immer mehr Verhältnisse und Beziehungen des Kranken.

Eine secundäre Wahnbildung aus Wahn ist es z. B., wenn zu einem Verfolgungswahn gleichsam zu dessen Erklärung ein Grössenwahn hinzutritt.

Beim Variiren unterscheidet er die Steigerung, den Wechsel des Wahns und das Variiren im engeren Sinn.

Eine Variabilität im weitesten Sinn des Wortes ist es, wenn sich der Wahn überhaupt ändert; — im engeren Sinne: eine

Digitized by Google

Aenderung der Einzelheiten des Wahns bei gleichbleibendem Grundinhalt desselben.

Bei der Steigerung des Wahns handelt es sich um ein Wachsthum des Wahns in derselben Sphäre. Eine Steigerung des Wahns ist es, wenn ein Kranker sich allmälig vom Grafen zum Kaiser emporarbeitet. Dabei kann selbstverständlich die einzelne Wahnidee zu ihrer Zeit (z. B. bald dieser, bald jener Graf) variiren.

Der Wechsel des Wahns geht zumeist durch ein Variiren (Variiren im engeren Sinne) hindurch. Es handelt sich bei ihm um ein Fallenlassen einer Wahnidee und den Ersatz dieser durch eine ganz neue.

Er findet sich vorwiegend und am deutlichsten ausgeprägt bei manchen acuten Störungen. Ein Wechsel des Wahns kommt aber auch vor bei gewissen chronischen Formen und ist z. B. dann vorhanden, wenn ein Kranker sich zuerst für einen grossen Landwirth und dann für einen Bergwerksbesitzer hält.

Beim Variiren im engeren Sinne handelt es sich, wie schon oben gesagt, um ein Variiren der Details bestimmter Wahnvorstellungen. Ein Kranker glaubt sich z. B. vergiftet, das eine Mal durch dieses, dann durch jenes Gift, bald auf diese, bald auf jene Weise, im Essen, durch Einblasen, durch sonstige Einverleibung, das eine Male durch diese, das andere Mal durch jene Personen und Umstände.

Bei der Untersuchung der nachfolgenden Fälle fand ich, dass es oft, wenn man auch im Princip die Sache zu trennen hat, in praxi sehr schwierig ist, die einzelnen Begriffe: Variiren im engeren Sinne, Wechsel und Steigerung zu unterscheiden. Vielmehr spielen sie vielfach in einander.

Was jedoch allen solchen Fällen gemeinsam ist, das ist irgend eine Veränderung des vorhandenen Wahns. Und eine allgemeine Veränderung des Wahns ist viel häufiger als man nach den Ausdrücken anzunehmen scheint, die in der Literatur und im gewöhnlichen Leben gebräuchlich sind.

Ich führe zunächst Fälle auf, in denen die eine oder andere Erscheinung des Variirens ausschliesslich oder ganz vorwiegend hervortritt, um dann zu solchen überzugehen, bei denen sich die allgemeine Veränderung des Wahns aus den verschiedenen Arten

Digitized by Google

der Variabilität zusammensetzt. Dabei muss ich es, um nicht ungebührlich viel Raum in Anspruch zu nehmen, unterlassen die Krankheitsgeschichten mit voller Ausführlichkeit wiederzugeben. Ich kann auch um so eher davon abstehen als die Zwecke, welche ich bei dieser Arbeit verfolge, eine Mittheilung ganz vollständiger Krankengeschichten keineswegs erfordern. Dagegen kann es nicht vermieden werden, diejenigen Partien der Krankengeschichten, Schriftstücken von Kranken und meiner eigenen Aufzeichnungen, welche die Variabilität der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen illustriren, näher mitzutheilen. Da bisher keine Krankengeschichten oder ausführliche Mittheilungen veröffentlicht worden sind, welche die Variabilität durch Beispiele beleuchten (*Koch* selbst hat keine einzelnen Krankengeschichten gegeben), so glaube ich, dass es von besonderem Werthe sein wird, wenn durch Krankengeschichten, die in dieser Richtung möglichst ausführlich gegeben werden, ein Nachweis des Vorkommens und der Art der Variabilität nunmehr auch im einzelnen geführt wird. Ich glaubte deshalb in den betreffenden Partien, auf welche ich bei meiner Arbeit ein besonderes Gewicht legte, nicht ausführlich genug sein zu können. Wir können uns dann dafür manche detaillirten epikritischen Bemerkungen ersparen, und uns in dieser Hinsicht auf den nothwendigsten Hinweis beschränken.

Ich schicke noch die allgemeine Bemerkung voraus, dass ich, um die Verbreitung der Erscheinung der Variabilität desto besser hervortreten zu lassen, im wesentlichen Kranke ausgewählt habe, die an Paranoia leiden.

Ein ziemlich reines Variiren, jedenfalls ein vorwiegendes Variiren im engeren Sinne fand ich in den untersuchten Fällen von Grössenwahn da am deutlichsten ausgesprochen, wo sich die Patienten gleich von Anfang an für ein Höchstes, z. B. für Gott hielten.

Dies zeigt am schönsten die zunächst folgende Krankengeschichte. Der Wahn, um den es sich bei diesem Patienten handelt, dreht sich zwar beständig um die fixe Axe seiner Göttlichkeit; jedoch treten die Wahnideen, die er damit verknüpft, in verschiedenen Farben auf. Dieselben variiren in einem und demselben Briefe gleichsam unter seiner Feder.

Digitized by Google

Beobachtung I.

G. V., gelernter Küfer, später Steuerwächter. 63 Jahre alt.

Hereditäre Belastung nicht mit Sicherheit nachzuweisen, jedoch sehr wahrscheinlich vorhanden. Einige körperliche Degenerationszeichen.

Aus seinem früheren Leben ist wenig bekannt; er sei begabt und geschickt, dabei aber sehr eigensinnig und halsstarrig gewesen. Letztere Eigenschaften waren der Grund, weshalb man ihn der Steuerwächterstelle wieder entheben musste, die ihm als früherem Feldwebel übertragen worden war. Auch seine Frau habe darüber geklagt, dass er immer sehr hitzig und jähzornig und zu grundloser Eifersucht geneigt gewesen sei. In seinem 46. Lebensjahre (24. Juli 1874) erklärte er seiner Frau, dass er sie verlassen müsse, weil er von einigen Frauenspersonen angeklagt werde, dass er mit ihnen unerlaubten Umgang gepflogen habe. Schon einige Tage vorher sei ein ängstliches Wesen an ihm bemerkt worden. Seine Angst habe sich nun gesteigert, er sei von Ort zu Ort gelaufen, habe gesagt, man wolle ihn vor Gericht stellen, habe viel auf den Knieen gebetet und seine Frau aufgefordert, dasselbe zu thun, habe wenig gegessen und schlecht geschlafen.

Nachdem dieser Zustand 14 Tage gedauert hatte, traten Sinnestäuschungen bei ihm auf; er sah Männer, welche seine Frau in seinem Zimmer missbrauchten, und hörte Frauenstimmen, die geschlechtliche Aufforderungen an ihn selbst stellten. Dazu gesellte sich die Wahnvorstellung, dass er von seiner Frau vergiftet werde. Er trennte sich deshalb von ihr und zog zu einer Schwester.

Während seines Aufenthalts bei dieser wurde er immer unruhiger und gewaltthätiger, und als er einen Bruder mit einem Messer bedroht hatte, brachte man ihn in eine Anstalt. Dies war etwa 3 Monate nach Ausbruch der Krankheit.

In die Verhältnisse der Anstalt habe er sich sofort gut eingelebt; er sei ein gefälliger, stiller und fleissiger Arbeiter gewesen. Spontan habe er nur sehr wenig gesprochen. Auf Anreden und Befragen aber habe er in pathetischer, hochdeutscher Rede, mit schwärmerisch-glücklichem Augenaufschlag und innerer Bewegung versichert, dass der allmächtige Gott Vater, Sohn und heilger Geist in ihm Wohnung genommen habe, und dass zu den Menschen die heilige Dreieinigkeit durch seinen Mund spreche und ihre Befehle offenbare.

Noch wahnsinniger als seine Worte und Schriften habe sich ein paar Schuhe ausgenommen, die er sich gestickt habe. Aus dem Durcheinander der gestickten Zeichnung habe er die Erschaffung der Welt, das Leben Christi, das Weltgericht und Anderes mehr demonstrirt. Nicht Ein Stich, habe er gesagt, sei daran, den ihm nicht Gott eingegeben habe. — Widerspruch habe ihn sehr gereizt; er drohte mit den Strafen der göttlichen Gerechtigkeit. Gegen seine Angehörigen sei er anhaltend erbittert gewesen: nach seinen Angaben hätten sie ihn aufs Aeusserste misshandelt und am liebsten getödtet.

Digitized by Google

In seinem 48. Lebensjahre wurde er nach Zwiefalten versetzt. Hier war er zunächst auch ein fleissiger Arbeiter, bis er etwa nach 4 Jahren die Arbeit aufgab, weil Gott ihm befohlen habe „so, jetzt hörst du auf zu arbeiten und ruhst aus, bis ich dich wieder arbeiten heisse".

Die Vorstellung, Organ Gottes oder Gott zu sein, hat er immer festgehalten, nur aber unter Variiren der Einzelheiten. In seinen Schriftstücken hat er im Anfang seines hiesigen Aufenthalts gerne allerlei symbolische Zeichen angebracht und jederzeit gewisse Worte in eigenthümlicher Weise gebraucht, einzelne Worte wie z. B. Ja und Amen häufig wiederholt.

Ein längeres Gespräch mit ihm zu führen ist nicht leicht möglich. Er spricht zwar über gewöhnliche Dinge des Lebens gut und giebt seinen Wahn bei der mündlichen Unterhaltung in einer ruhigeren und klareren Weise preis als schriftlich; aber zufolge seines misstrauischen Wesens kann er durch die allerunschuldigsten Dinge gereizt werden und bricht dann plötzlich die Unterhaltung ab, an deren Stelle dann nicht selten ein oft mehr scherzhaft, oft aber auch ernstgemeintes Poltern tritt. —

Es erübrigt nun aus seinen Reden und Briefen soviel im Detail mitzutheilen, als zur Veranschaulichung des Variirens seiner Wahnideen nöthig ist.

Zu Anfang seines Aufenthalts in Zwiefalten hat er mit heiligem Eide kundgegeben, dass an dem oben gedachten 24. Juli 1874 Nachmittag $1^1/_2$ Uhr Gott Vater, Sohn und heiliger Geist in ihn eingezogen sei und dauernd in ihm Wohnung genommen habe. Alles, was er denke und thue, geschehe durch Gott. Jede Bewegung, die er mache, und jeder Athemzug, den er thue, werde durch Gott veranlasst; Gott sei in ihm allgegenwärtig. Er habe die hohe Aufgabe, die noch keinem Sterblichen zu Theil geworden sei und auch nie mehr einem zu Theil werde, das Wort Gottes der Menschheit zu verkünden. Gott gebe ihm namentlich des Nachts seine Befehle, wo nur der Körper ruhe, während das Leben im Stehen mit Gott seine Arbeit habe. Unter „Stehen", einem Ausdruck, dessen er sich häufig bedient, bezeichnet er alles, was in ihm und durch ihn von Gott geschieht. —

In späteren Zeiten hat er an Stelle des 24. Juli den 24. Januar gesetzt und über die Art und Weise, wie Gott oder der Sohn Gottes in ihn gekommen sei, verschiedene Angaben gemacht; das eine Mal war es durch seine linke Seite, ein anderes Mal durch seinen Arm.

Ich führe nun eine Anzahl Stellen aus seinen Briefen und Schriften wörtlich an.

Glaubenslehre (Schriftstück ohne Datum aus der ersten Zeit seines Aufenthalts in Zwiefalten).

Die zehn Gebote im Evangelium von Mir und Meinen Propheten gegeben. Denn Ich selbst heisse mit dem Körper Heiland mächtiger Erlöser Jesus Christus; so steht es und nicht er, er ist fort sein Geist, Ich Jehophah! . . . Ich Eure gnadenreiche Dreieinigkeit meine es mit Ihm, der im Himmel und auf Erden ist. Ich, der Geist der Allgnade, bin in ihm Heiland mächtiger Erlöser Jesus Christus . . . . Ich bin Meines Körpers Allerhöchster

Digitized by Google

Richter selbst, Ich Jehophah und mächtiger Erlöser Jesus Christus, so steht es, ein Teufel, nicht ich bin es und nicht V .... Ich, aber er ist 48 Jahre alt und erst 4½ Jahre bin Ich Euer Heiland und mächtiger Erlöser Jesus Christus .... Ich bin Jesus Christus und Heiland und Seligmacher mit ihm, der auf dem Throne sitzt, und so ist es, im Geist und in der Wahrheit in ihm dem Körper des G. V .... Hochgelobt sei der Vater im Himmel durch Mich den Sohn in Geist und Wahrheit! Amen! Zeugen sind folgende: Dreieiniger Geist und Gnadengabe, so steht es, dass Ich Jehophah Gottes Sohn im Körper mit mir in dieser Anstalt habe. ... So jetzt ist der ganze Gespass gesagt, denn ein Teufel ist er nicht; aber Ich Jehophah sage Euch an, dass Ich selbst den Teufel besser markiren kann. Amen! ...

An die Direction schreibt er einmal: Es grüsst Sie im Amt Gott sein Sohn Jesus im heiligen Geiste der Schriftführer G. V ... Amen! Ich bin ein Geist, so steht es, ich bin Machtbefehlshaber und nicht G. V .... Ich schreibe jetzt mit und durch ihn den Schriftführer G. V. heissend .... Gott ist grüssender Jesus Meister unter Gott, so mit Gottes Leitung und so mit Stehen .... Doch der liebe Heiland ist so bei Mir, dass er selbst mit mir spricht, oberhalb von Mir, dass alle im Zimmer und selbst ausserhalb auf der Strasse im Ort es hören .... In und ober Mir wohnt der heilige Geist, so Jesus Christus heisst. Jesus ist Hohepriester so von Ewigkeit in und ober dem Körper G. V. heissend ... Denn als Bräutigam bin Ich der heilige Geist in ihn gefahren und nicht als Satan.

Dezember 1878. Im Namen Gottes des Vaters, des Sohnes und des Heiligen Geistes fange Ich der Heilige Geist mit Meinem Körper, der mit Mir Eurem Heiligen Geist G. V. heisst, an .... So ist es, ist Er der Vater im Himmel, so auch auf der Erde, so Ich der Heilige Geist bin ... Ich bin allmächtig, allgegenwärtig, allwissend, der Heilige Geist vom Himmel herabgekommen. .... Ich Euer Heiliger Geist aus Israël und nicht V ... Ich Jesus bin da, Jesus ist mein Name, so über, in und durch ihn heisse Ich wie Er G. V ....

7. Nov. 1881. ... Diese Aufnahme bekunden mit einander Gott Vater, Gott Sohn und Ihr Schriftführer mit Gottes eigenem Leben ausgerüstet: G. V. Küfer und Kübler.

Oktober 1882. Im Namen Gottes des Vaters ist ein Mann hier in Zwiefalten Küfer G. V. Es ist fest, dass der erste Jesus Christus mit Gott unserm Vater in Verbindung steht und sich selbst in der Nähe befindet, im Kirchthurm allhier Tag und Nacht .... Wir Gott der Vater, Gott der Sohn und der Gottes Geist im Körper des G. V. .... Hochachtungsvoll Gott der Geber dieser Schrift, der Sohn Gottes Jesus Christus als Zeuge, dass es so ist, und G. V. als 3. Zeuge.

23. Dezember 1886. .... Dass wir Gott Satan Teufel, Gott Sohn Jesus Christus Satan Teufel, Gott Sohn heiliger Geist mit Körper G. V. heissend ... Ich Jehophah, Ich Zebaoth, Ich Immanuel, Ich Majestät! ... Ich Gott bin klein; Ich bin der Werkmeister ... Gott! Gott! Gott! Satan Teufel grüsst Euch alle Menschen und Thiere! Amen! .... Mir Eurem

Digitized by Google

Gott von Ewigkeit ... Ich Jehophah Satan Teufel bin erst Majestät, erster Militär für Ewigkeit im Irdischen ... Es empfiehlt sich Gott der Allmächtige Majestätischer Kaiser und König von Ewigkeit ... Gott der Vater! Gott Sohn Jesus Christus, Gott Sohn heiliger Geist so Mensch und die 3. Person als Mensch G. V. heissend.

5. Dezember 1888. ... Es grüsst Euch Gott Vater, Gott Sohn, Gott Heiliger Geist G. V. heissend.

19. Januar 1889. Ich Gott Satan Teufel ...

15. Oktober 1889. Wir Gott Vater Ich selbst. Gott ist der Schreiber selbst. Ich stehe im Körper Meines Sohnes ... denn Ich Gott bin es immer selbst ... so steht es mit Gott Satan Teufel in Einer Person ... Gott ist Gott, Satan Teufel ist Gott Vater, Gott Sohn, Gott heiliger Geist, so irdisch G. V. heissend. ... Ich stehe Gott von Ewigkeit durch Mich mit Meinen Söhnen Jesus Christus, von den Juden umgebracht .. mein Sohn der Heilige Geist ...

6. November 1889. Ich Zebaoth, der Ewige Richter Gott, Gott, Gott .. Gott der böse Geist hatt dies geschrieben ... Gott und meine zwei Söhne ... Gott ist der Erste im Hause hier und das bin Ich. .. Gott Heiliger Geist sitzt in einem Körper hier, G. V. heissend.

13. November 1889. Gott ist der Mann in der 2. und 3. Person im Protokoll stehend, G. V. heiliger Geist, Gottes Sohn! Amen! ... Es grüsst Sie wahrheitsgetreu der treue Gott mit seinen Kindern Sohn und Geist.

15. November 1889. Gott ist hier, Ich bin selbst auch der Teufel allmächtig. ... Gott hat alles an sie geschrieben und nicht mein Sohn G. V., der Uebergeber dieser Schrift. .... Gott der ewige Richter sagt Euch selbst: Ich bin da mit meinen Söhnen Jesus Christus .... Gott ist gegenwärtig. Ich der Schreibende bin es selbst und nicht mein Sohn, der als V. angesehen, als V. titulirt wird ... von Mir, seinem Vater Gott ... Es steht fest, im Geist ist Gott mein Sohn und ich der Schreiber dieses! Amen!

27. November 1889. Ich bezeuge, Ich Gott, Gott, Gott! Majestät, Kaiser! Kaiser! so auch König im Irdischen mit Meinen 2 Söhnen Jesus Christus von den Juden abgethan .... Hier ist die 3. Person G. V. Jesus Christus Gottes Sohn. ... So jetzt sind die 3 beisammen: Ich Gott der Vater, Gott der Sohn und Gott der Heilige Geist! Ich bin Majestät für Ewig! ja, ja, jo, jo, Ja! Ja! Jo! Jo! Amen! ... Ich Gott der Vater bin es selbst, welcher mit V. Meinem Sohn .... Gott ist hier gut! Ich bin selbst auch der Teufel allmächtig und barmherzig. ... Gott ist auch ein Hund, ein Scheusal .... Ich Euer Gott und Meine beiden Söhne durch Mich ... Ich Zebaoth sehe aus dem Körper .... Ich Jehophah Gott Satan Teufel in Ihm Meinem Körper Gottmensch heissend. .... Es ist Mein Sohn, der Pflegling G. V. so in Unehre gehalten .... Von Eurem Gott! geschrieben durch Mich den Arm des Uebergebenden! ....

Januar 1890. .. Gott bin Ich, nicht mein Sohn, Pflegling G. V... Ich schaffe sie, diese schreckliche Krankheit (Influenza) ... Ich schwöre mit Jo!

Digitized by Google

Ja! als Satan Teufel. Alles ist Satan Teufels Sache so Gott heissend. .. Hier ist Gott, Gott Satan Teufel ... Ich bin da mit Meinen Söhnen Jesus Christus und Mir Eurem Gott ..

3. Februar 1890. Ich bin gross in Meines Sohnes Arm Gott der Satan selbst ... Da ich der Schreiber dieses Briefes selbst bin, .. ich ziehe selbst so an dem Arm und an der Feder, die durch Mich gehalten ist ... Wegen uns zweien Gott Vater Gott Sohn Gott heiliger Geist, Gott Sohn die 3. Person G. V. hier in Arrest gehalten ...

8. März 1890. ... Oekonom bin ich Gott, Handwerker, Arzt und Alles ... Wir Vater und meine zwei Söhne Geister, in einem Körper G. V. .... G. V. ist Gott nicht selbst ... Gott Gott Gott Satan Teufel im Arme meines Sohnes G. V.

März 1891. .. Ich Gott der Stallmeister ... Was Gott! Ich selbst zusammengefügt habe, das soll der Mensch nicht scheiden .... Ich schreibe und nicht Mein Sohn, der als Sträfling hier gehalten ist, G. V. heissend.

2. November 1891. .. Ich Dein Gott und Vater schreibe es Dir selbst ... Ich bin und bleibe der ewige Satan Teufel ... das halte Ich Gott nicht für gut. ... So ist es, der G. V. war ein vermöglicher Mensch, gescheidt, von Jugend auf ist er zur richtigen Arbeit angehalten worden und jetzt ist er als Narr im Irrenhaus; es macht so etwas mit Gott Unfug treiben .. Ich bin Gott von Ewigkeit. ... Ich und Mein Sohn der ewige Geist in diesem Körper haben es nicht verdient; denn mein Judenjesus, der, so ist es, ist der falsche Messias, Antichrist.

10. Dezemebr 1891. Ich bin ein Gott der Ehre und selbst auch der Unehre ... Ich bin Gott in dem Körper seit dem 22. Januar 1874 Nachmittags $1^1/_2$ Uhr ... Gott von und zu Ewigkeit im Erdreich ... Ich Gott von, in, zu, aus Ewigkeit. Es ist ein Gott selbst in der I., II. und III. Person. .. Ich lasse meine 2 Söhne den Juden Jesus Christus und den Evangelischen G. V. Jesus Christus avanciren. ... Ich Gott verkünde meine 2 Söhne auch schriftlich: den Juden Jesus und den Christen Jesus ... Ich Gott mit meinen 2 Söhnen: Gott Sohn und Gott heiligen Geist.

14. Dezember 1891. Es sind Wir Gott Vater! Gott Sohn von den Juden vor 1891 Jahren in einer jüdischen Jungfrau erschaffen, erzeugt und vom Judenvolk umgebracht .... Ich bin ein Elend, Ich bin der Tod. Ich bin es selbst, der so jammert; es hilft alles nichts; Ich sterbe ... Ich Gott Zebaoth bin ein Gott, der alles weiss und alles thun kann. Ich habe gar nichts, Ich bin im Elend ... Ich bin allmächtig, allgegenwärtig.

4. Januar 1892. .. Ich bin ein Gesandter, ein Trabant um die Bibel, ein Sinnbote ... Ich bin ein Kaiser und König selbst; Ich bin ein stinkendes Aas, von Mir rührt Wohlgeruch und Gestank. ... Von Gott dem Uralten und deutschen Satan Teufel ... Ich bin der Satan, der Teufel, der Antichrist .... Es ist da der echte Gott mit deutscher Allmacht, deutscher Allwissenheit, deutscher Gegenwart .. Es ist da das grosse Thier aus dem Abgrunde. Ich bin dieses selbst, Ich Gott! Ich bin der Adler, der Drache,

Digitized by Google

der Löwe, das Aas, der Widder, der Stier, der Hurer, der Rapp, der Schimmel, der gute Acker, die Dornen, die Steinmauer, der Weg selbst, die 7 fetten Kühe, die 7 mageren Kühe, so ist es, meine Sinnboten sind da ... Ich bin ein Monarch, Majestät! ... Ich bin ein Sohn nicht, o nein, ich bin ein Sohn nicht, Ich heisse Zebaoth. Ich heisse Satan Teufel. Ich bin ein Stein, ein Staat. Ich bin der ewige Tod ... Ich selbst bin ein Gott, der es mit der Ehre hoch hält, wie wohl Ich die Unehre selbst auch schaffe. .. Ich bin die Auferstehung und das Leben .... Ich bin ein Gott des Glückes und des Unglückes .. Ich bin ein Erster gesunder, so auch der immerwährend Kränkliche ... Ich bin ein Zaun um diese Welt ... Ich bin Gott mit allem eingesteckt, gefangen gehalten. Ich Gott bin ein Mensch. Ich sage, dass Jesus Christus mein Sohn ... Gott ist gemeldet als mein lieber eingeborner Sohn ... Ich bin ein Gott, Mein Sohn ist Mein Eigentum, den ich selbst gezeugt habe. Ich Gott bin in Ihm die Gesundheit. Gott ist gesund .... Ich bin Gott mit Allmacht, ich bin ungeschickt in sehr vielem. Ich bin die Sonne selbst ... G. V. ist der deutsche Arzt durch Mich seinen Vater. So ist es der Fall mit Satan Teufel, der ich Gott von jeher bin und war, und dieser ist jetzt mein eingeborener alllieber evangelischer heiliger Gottes Sohn ... Ich habe schon seit 1849 das Zeichen der vollsten Gesundheit an Mir ... Ich bin sehr in Nöthen ... Ich bin ein strafender Satan Teufel und deutscher Gott .... Ich bin ein Wirt, ein Strafgericht. ... Ich bin in Noth, Ich bin verlassen ... Ich bin ein Freund der richtigen Wahrheit und der unrichtigen Lüge. Ich bin ein wilder Stier, Ich bin Monarch, Majestät; Kaiser und König. So bin Ich jetzt der Pflegling G. V. selbst, Ich Euer Gott und Vater ... Ich bin ein Gott mit Fertigkeit sehr klein, so aber auch sehr gross."

Ich bemerke zu dem vorstehenden Falle noch, dass man bei demselben, wenn man nur hie und da mit dem Kranken mündlich verkehren wollte und keine eingehenden Vergleichungen, namentlich auch seiner Schriftstücke, anstellen würde, wahrscheinlich gar nicht an das Vorhandensein von variirenden Wahnideen denken würde. Die soeben mitgetheilten Schriftstücke des V. lassen aber ohne Weiteres bei einer Vergleichung derselben unter einander ein ziemlich ausgedehntes Variiren erkennen, und will ich in dieser Richtung nur folgende Worte neben einander stellen:

„Ich selbst heisse mit dem Körper Heiland mächtiger Erlöser Jesus Christus ... Ich bin erst 4½ Jahre Euer Heiland und Erlöser ... Hochgelobt sei der Vater im Himmel durch Mich den Sohn .. Der liebe Heiland ist bei Mir, so oberhalb ... Ich der Heilige Geist und Er der Vater im Himmel ... Wir Gott der Vater, Gott Sohn und der Gottes Geist. ... Wir Gott Satan Teufel .. Ich, Euer Gott von Ewigkeit ... Ich Majestät, Kaiser, König von Ewigkeit ... Wir Gott der Vater Ich selbst .. Ich

Digitized by Google

stehe Gott von Ewigkeit mit Meinen Söhnen Jesus Christus von den Juden umgebracht und Heiliger Geist. ... Ich bin selbst auch der Teufel ... Im Geist ist Gott Mein Sohn und Ich der Schreiber dieses ... Gott hat alles an Sie geschrieben und nicht mein Sohn G. V... Gott ist ein Hund, ein Scheusal .. Ich Gott und meine 2 Söhne der Juden Jesus und der Christen Jesus .. Ich Gott mit meinen 2 Söhnen: Gott Sohn und Heiliger Geist. ... Ich bin sehr in Nöten .. Ich bin allmächtig ... etc. etc.

Beobachtung II.

Der Patient, dessen Krankengeschichte ich nun geben werde, hat ebenfalls die Wahnidee Gott zu sein. Bemerkenswerth ist, dass bei ihm als Variabilitätserscheinung ein gewisses Herabsteigen aus seiner Stellung als Gott Vater zum Sohne Gottes hervortritt, dass sich also hier mit dem Variiren der Wahnvorstellung keine Steigerung, wie in dem I. Falle, wobei sich der Kranke vom Sohne Gottes zum Gott Vater emporarbeitete, sondern ein Rückschritt in der innegehaltenen Stellung verbindet. Allerdings später steigt er wieder zum Gott Vater empor. — Ebenso bemerkenswerth ist, dass er von der Erweiterung des Wahns, den er auf seine Brüder ausdehnt, wonach der eine Bischof, der andere Papst gewesen sei, wieder abkommt. Auch die mehr oder weniger ausgesprochene Verfolgungswahnvorstellung, die einmal vorhanden gewesen zu sein scheint, dass die Mitpatienten ihm die Cholera anhängen, ist zurückgetreten.

P. H., ledig. 70 Jahre alt. Schreiner, Oekonom, Ehreninvalide. Aus seinem früheren Leben liegen wenig brauchbare Angaben vor. Es sollen viel ungünstige Verhältnisse auf ihn eingewirkt haben. Er habe für die Alimentation eines Kindes zu sorgen gehabt, habe viele Verdriesslichkeiten erfahren und in einer seiner Stellungen Kränkungen von Untergebenen erlitten. Unglücklicher Heirathsversuch mit einer Wittwe. — Nachdem er im Anfang seiner zwanziger Jahre durch vorzeitige Entladung einer Kanone mehrere Finger verloren hatte, wurde er in das Ehreninvalidencorps in C. aufgenommen. Daselbst habe er ein geordnetes Leben geführt; nur etwas Eitelkeit und Hochmuth seien an ihm aufgefallen. Er ging wegen seiner Verstümmelung zum Oekonomenfache über: war dann längere Zeit Verwalter mehrerer Oekonomien.

38 Jahre alt II. Aufnahme in C. Auch nach dieser II. Aufnahme in C. fiel zunächst noch keine Geistesstörung an ihm auf. Doch wurde bemerkt, dass er einen scheuen Blick gehabt habe. — Die Geistesstörung soll mehrere Wochen nach seinem dortigen Eintritt plötzlich aufgetreten sein. Er habe seinen Rock zu verbrennen gesucht; daran gehindert habe er bitterlich

Digitized by Google

geweint, dann geschrieen, getobt und um sich geschlagen. Uebrigens habe er sich bald wieder beruhigen lassen und dann Erlebnisse aus seiner 9jährigen Abwesenheit erzählt. Bald sei er jedoch wieder in seinen Irrsinn verfallen und habe erklärt, der kleine schwarze Geist, der ihn schon lange verfolge, sei wieder unter seinem Bett. Zustände von Aufregung sollen sich bei ihm noch öfter und zwar meistens Morgens und Abends wiederholt haben.

Wenige Monate später (1859) Aufnahme in eine Anstalt. Von dieser nach 5 Jahren (1864) Versetzung in eine zweite Anstalt. Bericht von der letzteren giebt an: Verrücktheit, grosse Schwäche des Urtheils und des Gedächtnisses, kindische Schwatzhaftigkeit und Willenlosigkeit, Genusssucht, Arbeitsscheu. — 4 Jahre später (1868) Versetzung in eine 3. Anstalt. Bericht von dieser ergiebt: Er hält viel auf sich, ist sehr eitel, zeitweise unverträglich mit andern, macht grosse Ansprüche, ist meist heiter gelaunt, arbeitet nichts, hält sich für Gott.

Aufnahme in Zwiefalten in seinem 53. Lebensjahre (1874). Längere Zeit nach seiner Aufnahme findet sich folgender Eintrag im Journal: „H. ist ein stiller, harmloser Kranker, im Ganzen recht gut zu haben. Er hält sich für Gott, für den heiligen Geist, teilt es jedermann gerne mit, der es wissen oder auch nicht wissen will. Ausserdem wartet er stets auf einen Gehalt aus dem Invalidenfond. Er hält viel auf sich und seine Vorzüglichkeit in allen Dingen, liebt Wein, Weib und Gesang und zeigt in seinem ganzen Wesen etwas weichliches, weibisches. Meist geht er anscheinend in Gedanken versunken, in Wirklichkeit aber nichts denkend, langsam im Gang auf und ab. Hie und da unzufrieden mit dem Essen verlangt er entlassen zu werden, ohne aber energisch darauf zu bestehen. Gedächtniss leidlich, Intelligenz gering." — Nach mündlichen Mittheilungen, die mir zu Theil geworden sind, hat H. Jahre lang auf die Frage: „Wer sind Sie?" die stereotype Antwort gegeben: „Ich bin unser lieber Herrgott".

7 Jahre nach seiner Aufnahme (1881) findet sich folgender Eintrag: „Steht viel im Gang an der Kirchthüre mit verklärtem Gesicht, die Hände oft wie zum Segen ausbreitend und das Vaterunser laut predigend. Seine Wahnideen giebt er ganz affectlos und ohne sie weiter zu verwerten, jedermann preis. Er hält sich für Gott, für einen zweiten Messias, durch den die Religion reformirt werde; ein Bruder von ihm sei Papst gewesen, ein anderer Bischoff. — Sehr häufig kommt er mit Klagen über das Essen, einem Ehreninvaliden gebühre bessere Kost; für seine 30 Kreuzer, die täglich allein für ihn bezahlt werden, will er Käse und Butter, Weissbrod und ein Gläschen Wein haben."

Hier tritt die Erscheinung sehr deutlich zu Tage, auf welche *Koch* in seiner Abhandlung aufmerksam gemacht hat, dass zwei Vorstellungsreihen ganz verträglich neben einander hergehen, welche sich eigentlich nicht mit einander vertragen sollten: in diesem Falle die

Digitized by Google

dem Wahn entsprechende Vorstellung Gott zu sein, und die mit der Wirklichkeit in Einklang stehende Vorstellung Ehreninvalide zu sein. —

— 1882 steht im Journal: „Unzufrieden, schimpft über Personal, Beamte und Hausordnung. Auf sein Aeusseres hält er viel, sieht oft in den Spiegel und beschaut sich selbstgefällig, streicht Haare und Bart zurecht, bürstet und putzt den ganzen Tag an sich herum. Mit den andern Patienten macht er nicht viel; meist hält er sich abseits, selbst zufrieden vor sich hinlächelnd. Seine Wahnideen bestehen „unverändert" fort." (Vergl. übrigens oben).

1883. „Aeussert von Zeit zu Zeit hypochondrische Klagen. Er ist Heiland und Gott, und will doch stets seine Löhnung und ein Schöpple Wein haben."

1885: „Er ist Gott, Ehreninvalide und Artilleriemajor; sollte auch eine Löhnung und ein besseres Essen haben. Ein ordentliches Gespräch lässt sich nicht mit ihm führen, da er sich fast nur noch in dem engen Kreis seiner Wahnvorstellungen bewegt und nur um sein leibliches Wohlergehen besorgt ist; über sein früheres Leben giebt er jedoch gerne und ordentlich Bescheid. Häufig stellt er sich auf die Kirchenstaffel und sagt in predigendem Tone das Vaterunser her. Bisweilen bezüchtigt er andere Kranke, dass sie ihm die Cholera angehängt hätten. Sonst heiter gestimmt."

„Er ist der zweite Sohn Gottes. Es wurde ihm dies bei Gelegenheit der Explosion der Granate geoffenbart, er hat die Aufgabe Heiden, Juden und Christen in Einer Religion zu vereinigen. Auf welchem Weg er dies erreichen wird, macht ihm wenig Sorge. Gott kann ihn dazu mehrere 100 Jahre alt werden lassen. (!) Die Leute, die ihn hier gefangen halten, werden dafür Strafe von Gott erhalten. Noch wichtiger als seine Gottheit ist ihm sein Sold als Ehreninvalide."

Von da ab findet sich längere Zeit nichts Bemerkenswerthes im Journal ausser einer im Jahre 1888 gemachten Angabe, dass er gegenwärtig mit lauter Stimme das frohe Jahr predige, indem sich alles paare, dass er selbst aber nach dem Vorbild Christi ledig bleiben wolle, dass er eine Frau Br. aus der Gemeinde Zwiefalten für die heilige Jesus Mutter, Fräulein Str. für eine göttliche Jungfrau erklärt und dass er sich selbst für Gott Vater hält.

8. Dezember 1891 erklärte mir H.: „Ich und der Vater sind Eins. Ich bin König aller Könige; König und Bürger an Gottes Statt. — Gott Vater hatte 2 Söhne, den Messias vor 1800 Jahren; in mir selbst ist Gott jetzt wieder den Menschen erschienen." — Während er früher sagte (übrigens wohl auch nicht ursprünglich), dass ihm bei Gelegenheit der Explosion der Granate seine göttliche Herkunft geoffenbart worden sei, fügte er der heutigen Unterredung bei, dass er diese schon in seiner Jugend (als Kind) gewusst habe: „Ich bin der himmlische Vater". — Er zieht heute in Abrede,

Digitized by Google

dass seine Brüder Bischoff und Papst gewesen seien; der eine sei Theologe, der andere Tischler gewesen. Artilleriemajor, wonach ich ihn fragte, will er auch nie gewesen sein; nur Obermann. Er selbst sei königlich geboren. Mich redet er mit grosser Herablassung immer mit „Herr Leibarzt" an; meinen Collegen, Dr. K., nennt er „Herrn Hofrat". Er selbst sei auch Arzt; wir beide könnten viel von ihm lernen. —

Ein in mancher Beziehung interessanter Fall ist der folgende.

Beobachtung III.

J. B., 44 Jahre alt, ledig; Bücherkolporteur. Eltern des Patienten seien „nicht eigentlich geisteskrank" gewesen; doch habe der Vater Hang zum Processiren gehabt. Ein Bruder des Patienten befindet sich in der Anstalt; ein zweiter Bruder war früher hier (gebessert entlassen). Ein 3. Bruder hat sich als Soldat erhängt; die 2 Schwestern des Patienten waren ebenfalls in Irrenanstalten.

Patient hat verschiedene Degenerationszeichen an sich. Er war von Haus aus begabt, gutmüthig. 25 Jahre alt ging er nach Amerika. Doch soll er dort nicht viel Verdienst gefunden haben; in seinem 30. Lebensjahre kehrte er wieder nach Deutschland zurück. Nach seiner Rückkehr kolportirte er Bücher, bis er in seinem 33. Lebensjahre in eine Irrenanstalt versetzt wurde.

Die ersten Anfänge der Krankheit seien schon seit längerer Zeit an ihm bemerkt worden, und es wurde vermuthet, dass die geheime Erwartung, noch eine vornehme Heirath zu machen, ihn von Amerika zurückgeführt habe. Zu Hause sei er vielfach Gegenstand von Hänseleien gewesen, die ihn in seiner Idee, eine vornehme Heirath zu machen, nur bestärkt hätten, da er alles für baare Münze genommen habe. Schliesslich setzte sich in ihm der Gedanke fest, dass er zum Gemahl der Herzogin W. bestimmt sei. Er habe sich in die Residenzstadt begeben und dort mit dem letzten Rest seines Geldes im vornehmsten Hotel logirt, „um standesgemäss auftreten zu können".

Wiederholt suchte er in das königliche Schloss vorzudringen, um der Herzogin W. sich vorzustellen. Bei solch einem Versuche wurde er von der Polizei aufgegriffen und in eine Anstalt gebracht. In die Anstaltsverhältnisse habe er sich ohne Reaction gefügt. Er habe sich mit Lektüre geschichtlicher Werke und mit dem Schreiben von Briefen und Gedichten an die Herzogin W. beschäftigt. In demselben Jahre (1880) wurde er 33 Jahre alt nach Zwiefalten versetzt.

Der Eintrag in das Journal von damals giebt an: „In seinem Aeusseren zeigt Patient eine gewisse malpropere Eleganz, er bemüht sich hochdeutsch zu reden und sich als Mann feiner Bildung zu zeigen. Er ist, wie ihm seine Mutter des öfteren gesagt habe, der Sohn eines vornehmen Herrn, wahrscheinlich des Königs W. Seinen Geschwistern habe er nicht ähnlich gesehen; dagegen habe er viel Aehnlichkeit mit dem König K. gehabt.

Digitized by Google

Auf Grund dieser Abstammung sei er auch zu einer vornehmen Heirath berechtigt. Eine Baronesse, auf die er es nach seiner Rückkehr abgesehen, genügte ihm bald nicht mehr. Er habe deswegen sein Auge auf die Herzogin W. gerichtet. Diese habe ihm im Theater deutliche Zeichen gegeben. Intellectuelle Sphäre geschwächt. Er liest fleissig Bücher, namentlich geschichtlichen Inhalts, um sich nach der Genesung von seinem Lungenleiden, wegen dessen er sich in der Anstalt untergebracht wähnt, dem Staatsfach zu widmen. Er fragt öfters, ob sich die Herrschaften am Hof nicht nach ihm erkundigt hätten."

September 1881. „Lebhafte Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, namentlich bei Nacht, die zur Befestigung und Weiterentwicklung seines Wahns beitragen. Er sei sehr reich, Prinz von Geblüt und zum Thronfolger bestimmt und ein von verschiedenen Prinzessinnen begehrter Mann."

Februar 1882. „35 Jahre alt überstand er einen schweren Typhus. In der Reconvalescenz traten erstmals Verfolgungswahnideen bei ihm auf, die in der Folge immer häufiger wurden und eine Zeitlang ganz in den Vordergrund traten. Die Umgebung, namentlich das Wartpersonal seien ihm übelgesinnt, einzelne Mitpatienten, die ihn um seine Stellung beneiden, suchen ihm Fallen zu stellen; er wittert Gift im Essen."

November 1882. „Der Wahn vergiftet zu werden ist bei ihm längst zur Gewissheit geworden und durch Hallucinationen und Gemeingefühlsstörungen erweitert und systematisirt worden. Es wird ihm jede Nacht gegen Morgen Gift beigebracht; er wacht mit einem abscheulichen Geschmack im Munde auf, bekommt dann bald darauf einen stechenden Schmerz in der Stirne, der sich nach den Schläfen und dem Hinterkopf zu verbreitet. Manchmal werde ihm das Gift in Dampfform beigebracht. Die systematische Vergiftung werde von 3 Personen, einem Pfarrer, einem Professor und einem Schmied ausgeübt, die sich auf solche Weise an ihm rächen, weil er ihren Beruf nicht ergreifen wolle. Jeder von den Dreien will ihn für sich haben: aber er bleibt standhaft. Doch will er endlich einmal entlassen werden, um diesen fortgesetzten Quälereien zu entgehen."

Mai 1883. „B. will das eine Mal Soldat werden, das andere Mal Philosoph, das 3. Mal Minister. — Ersterem giebt er den Vorzug. Die Sinnestäuschungen bestehen noch wie früher fort, insbesondere von Seiten des Geschmackes. Er weiss an manchen Tagen gewiss, dass er Gift bekommen habe und bittet den Arzt dies nicht weiter zu dulden."

October 1883. „Man will ihn vergiften, es ist eine politische Intrigue, als deren Opfer er hier festgehalten wird. Doch hofft er auf des Königs, seines Bruders, späteres Eingreifen in sein Schicksal; er hörte auch schon wiederholt Besuche vor der Thüre sprechen, die vom König gesandt waren sich nach ihm zu erkundigen."

November 1884. „Er ist Bräutigam der Herzogin W. Er ist Kronprinz von Württemberg und künftiger Thronfolger. Prinz W. gesteht ihm diesen Vorrang zu. — Um seine hohe Stellung wird er beneidet, seine Apanagen

Digitized by Google

werden ihm durch Intrigue entzogen. — Man will ihn aus Neid an andere Frauen verkuppeln. — Daneben besteht der Vergiftungswahn noch fort. Er leidet besonders Morgens oft an Kopfweh und abnormen Geschmacksempfindungen: ebenso bei Nacht an solchen der sexuellen Sphäre, die er auf Schändung zurückführt."

Juni 1887. „B. will als Kronprinz respectirt sein. Er dichtet sehr viel, will andere Kranken immer belehren und überschätzt sich ganz enorm. — Wenn ihm wegen seines leidenden Zustands etwas verordnet wird, so geben ihm böse Menschen Nachts Gegengifte und plagen ihn auf alle mögliche Weise. Er verlangt kategorisch ihre Bestrafung. — B. hat 340 ziemlich mangelhafte Gedichte gemacht. Er beklagt sich, dass man ihm nicht die nöthige Ehre zu Theil werden lasse; man sollte ihn eigentlich „Königliche Hoheit" anreden."

1889. „Er ist Pfarrer, Mediciner, Staatsmann, Künstler, Sänger, Componist, Dichter, Geograph, kurz alle Künste und Wissenschaften sind ihm geläufig."

1890. „Klagt viel über Kopf- und Brustschmerzen, die ihm seine Feinde beibringen. Er will sie später enthaupten lassen. — Schreibt täglich einen Krankheitsbericht an „seine Herren Aerzte" wegen seines Lungenleidens. Denselben unterzeichnet er mit „Jeremias Johann Kronprinz Karl von Württemberg"."

1891. „Der Tod des Königs von Württemberg und der damit verbundene Thronwechsel ruft anfangs eine ziemlich grosse Aufregung in ihm hervor, die sich aber bald wieder legt, indem er sich mit Resignation in sein Schicksal ergiebt. Gegen die Thronbesteigung des Prinzen Wilhelm legt er in einer besonderen Urkunde Protest ein, in der er sich sein Recht auf den Thron vorbehält. Auch bittet er den deutschen Kaiser, er möchte ihn zu seinem Rechte verhelfen; verfasst einen „Aufruf" an sein Volk, worin er verspricht, gerecht zu regieren, Amnestie zu erlassen, die Armen zu unterstützen; verfasst ferner eine Urkunde an die Ständekammer in ähnlichem Sinne und unterzeichnet sich von jetzt ab immer mit „Roi de Württemberg"."

Interessant ist bei diesem Falle, dass Pat. lange, ehe er eine mündliche Mittheilung davon machte, dass er Prinz Jeremias von Württemberg sei, sich ganz schüchtern am Ende seiner Briefe mit seinem Prinzentitel unterschrieb und dahinter in Klammern „B. genannt" fügte. Er selbst gesteht es in dem nachfolgenden Briefe, dass es ihm bei seiner Verhaftung vor dem Schlosse das meiste Bedenken gemacht hat, dass er nicht wusste, wie er sich nennen solle. Er habe sich nachher seiner Feigheit geschämt. — Im Laufe der Jahre trat der Grössenwahn immer offener und schliesslich ganz unverblümt hervor, so dass er ihn jetzt jedermann preis-

Digitized by Google

giebt und z. B. Arzneien nicht annehmen will, wenn sie nicht „für Prinz Jeremias“ bezeichnet sind.

Bemerkenswerth sind die Variationen in seinen Grössenwahnideen, die im Laufe der Jahre bei ihm hervorgetreten sind, namentlich bezüglich der Offenbarung seiner Herkunft. Ohne Zweifel dürfte es sich hinsichtlich der ihm zu Theil gewordenen Mittheilungen über seine wahre Abkunft um Wahn aus Wahn handeln, auf dessen Variabilität ich bald zurückkommen werde.

In einem Brief vom 8. November 1890 schreibt er:

„Mein Name ist Jeremias B.; ich bin gebürtig zu Sō.; Jedoch soll ich diesen Namen mit Unrecht führen, wie mir meine liebe, leider zu früh verstorbene Mutter bekannt machte, indem sie sagte: Mein Sohn, Du hast Deinen Vater unter dem hohen Adel zu suchen; unzweideutig gab sie mir zu verstehen, dass ich unterschoben sei, dass also auch meine Mutter eine andere sei. Ferner wies sie mich mehrmals darauf hin, dass ich eine hohe Wittwe im Schloss zur Frau bekommen werde und durch diese Heirath zu meinem Rechte kommen und ein hoher Herr werden würde; ferner dass ein grosses Capital infolge meiner Geburt für mich hinterlegt sei, bestehend in 3—4 Millionen Gulden in der Staatskasse angelegt. Leider starb meine Mutter zu früh, um mich darüber aufklären zu können und wenn ich es bei Lebzeiten wissen wollte, wies sie mich darauf hin: Wenn Du gesund bist (vom Lungenleiden). Dieses Frühjahr wurde mir nun von Sō. Bürgern, guten Freunden, bedeutet, dass jene Dame, die meine Mutter gemeint hat, Ihre kaiserliche Hoheit die Herzogin W. sei, und ich soll mich bemühen um sie zu werben. Ich kam nach St., wurde auch von einem gewissen holländischen Doktor ermuthigt, Schritte in der Sache zu thun. Ich führte die Sache nur halb aus; das meiste Bedenken war mir, dass ich nicht wusste, wie ich mich nennen sollte. Ich schämte mich meiner Feigheit und wollte es andern Tages ausführen, was jedoch mit meiner Haft endigte. Ich wurde nun als ein Mensch mit Grössenwahn behaftet dargestellt und ins Irrenhaus gebracht. Jeremias B.“

23. Nov. 1886 schreibt er dagegen an den Arzt: „Glauben Sie denn, Herr Doktor, ich habe aus mir selbst gesagt, dass ich Prinz sei? Zuerst machte man mich in Amerika darauf aufmerksam, ein Polizeidiener B. aus Norddeutschland, welcher sagte, ich solle, wenn ich heimkomme, nicht nach Süddeutschland gehen, sondern gleich zu Kaiser oder Bismarck. Auch Pfarrer Z. wies darauf hin, indem er sagte, ich soll jetzt noch nicht heirathen.“ — Auch bezüglich seiner „Unterschiebung in seine Pflegfamilie“, wie er sich ausdrückt, variirt er. Während er in dem oben angeführten Briefe sagte, ich heisse Jeremias B. und bin gebürtig von Sō., schreibt er 12. Februar 1885: „Ich bin Prinz Jeremias Karl von Württemberg, geboren 1. Juni 1847 im königlichen Schloss zu St., also ein Königssohn. Mit dem

Digitized by Google

2. Jahre kam ich nach Sö. zu der nun verstorbenen Pflegfamilie B. — wie dieser so unglückliche Wechsel vor sich ging, auf wessen Anstiften —? weiss ich nicht. Ob ich am Ende gar geraubt worden bin? — was jedoch mit vielem nicht übereinstimmt."

November 1889 schreibt er nun aber in einem Briefe ganz bestimmt: „Man stahl mich fort im 2. Lebensjahre vom königlichen Schloss in St., dann hängte man mir den bürgerlichen Namen B. an." — Während sein Vermögen in dem oben angeführten Briefe aus 3—4 Millionen Gulden, in der Staatskasse angelegt, bestand, spricht er in einem Briefe vom 10. Dezember 1881; er habe dort 6 Millionen, ferner in Amerika ein Erb von mehreren Millionen, auch in Frankreich noch ein grösseres Erbe[1]). —

Es ist ferner bemerkenswerth, dass bei B. erstmals Verfolgungswahnideen im Anschluss an einen Typhus auftraten (s. Anamnese). Von verschiedenen Seiten wurde schon die Beobachtung gemacht, dass nach acuten Infections-Krankheiten bei Verrückten mit Grössenwahn sich Verfolgungswahnideen einstellten. Dass dies auch bei B. der Fall war, wird auf eine Schädigung zurückzuführen sein, welche sein Nervensystem durch den Typhus erlitten hat. Im einzelnen dürften dann die Verfolgungswahnideen des B. zum Theil als durch abnorme Sensationen hervorgerufen aufgefasst werden,

[1]) Nach Abschluss meines Manuscripts erklärte mir B. einmal auf der Visite, er habe 10 Millionen Mark Vermögen. Als ich ihm sagte, er habe ja auch noch in Amerika mehrere Millionen und in Frankreich ein Erbe, frug er mich, ob ich nicht recht im Kopfe sei, so etwas von ihm zu behaupten. Er werde doch als Fürst von Württemberg kein Erbe in Frankreich und Amerika haben! Als ich ihm auseinandersetzte, dass er selbst in einem Briefe vom Jahre 1881 dies geschrieben habe, erklärte er, das sei Lug und Trug, so etwas habe er niemals behauptet. Es werde hier eine Fälschung vorliegen. — Einige Stunden später gab ich ihm diesen Brief, den er in der That als einen der seinigen anerkannte. Er sagte, er wisse nicht, wie er dazu gekommen sei so etwas zu schreiben; das sei ja garnicht wahr, dass er in Amerika und Frankreich ein Erbe habe. Im Laufe des nun folgenden Gesprächs sagte er, er glaube nicht, dass er in Amerika und Frankreich noch ein Erbe habe; und am Schlusse der Unterredung erklärte er, er habe in jenem Briefe nur sagen wollen, er habe in Amerika und Frankreich noch ein Erbe, aber keine Forderungen mehr daran zu stellen. — Hier führe ich noch an, dass B. in neuester Zeit auch das bestritten hat, dass er jemals mit der Herzogin W. in irgend welchem Verhältniss gestanden sei, womit der Umstand aufs äusserste contrastirt, dass ich nachträglich noch eine Stelle in einem Briefe des W. gefunden habe, worin er bestimmt erklärt, dass er vor 3 Jahren der Herzogin angetraut worden sei. —

Digitized by Google

welch letztere bei ihm nach seiner Krankheit zurückgeblieben waren; zum Theil werden sie aber auch als Wahn aus Wahn zu nehmen sein, sofern es nahe liegt, dass jemand, der sich mit Gewalt verhindert sieht, die ihm zustehenden Rechte seiner Geburt anzutreten, eben deshalb unter der Einwirkung weiterer Schädlichkeiten auch noch auf den Wahn von allerlei Beeinträchtigung und Verfolgung kommt.

Es scheint mir nach Untersuchungen, die ich angestellt habe, dass die Erscheinungen der Variabilität bei einem secundär aus Wahn und abnormen Sensationen sich entwickelnden Wahne im allgemeinen noch viel eclatanter hervortreten als bei dem primären Grössenwahn.

Soweit nun der gedachte Verfolgungswahn des B. secundär aus Wahn und abnormen Sensationen des Körpers entsprungen sein mag, würde es der Sache ganz entsprechend sein, dass bei ihm der Grössenwahn gewissermaassen eine Achse bildet, um den sich die Verfolgungswahnideen mit stärkerem Variiren herumranken.

In dieser Richtung ist z. B. ein Brief von ihm, datirt vom 15. April 1882, anzuführen, welcher eine Zusammenstellung der seit dem 13. December 18881 an verschiedenen Tagen an ihm ausgeübten Missethaten giebt: „Seit dem 13. December vor. J., seit ich krank war, geht eine Kurnixerei an mir vor. Seit wann giebt es denn soviele Doktoren im Hause? Bald giebt mir der Eine etwas schädliches, bald der andere, der Eine verdirbt mich hinten, der andere vorn, der eine verdirbt mit das Gehirn, der andere die Augen, der eine den Magen. Das eine Mal bekam ich etwas Schädliches im Brot, dann im Fleisch, bald bei Nacht; dann kommen wieder andere und geben mir etwas Gutes. Heute fand ich eine klebrige Masse im Munde. Es scheint mir Mo. und Ma. (2 Pfleglinge. Der Ref.) sind die Missethäter gewesen.“ In einem andern Briefe, um dies speciell hervorzuheben, bezeichnet er wieder andere Personen als diejenigen, die ihn vergiften, und ich erinnere daran, dass er nach dem Journal früher angegeben hat, dass ein Pfarrer, ein Professor und ein Schmied ihm Gift beibringen, „um sich an ihm zu rächen, weil er ihren Beruf nicht ergreifen wolle“; später tritt dann, wie wir sehen werden, wieder eine andere Vorstellung in dieser Richtung hervor.

Die Stellen aus dem eben gedachten, an mich gerichteten Briefe vom 6. Jan. 1892, die hier interessiren, lauten: — „Wer als Giftmischer verdächtig ist: Be. von F., L. Fa. von N., Tr. von G., Ka. Ba. von St., letzterer von Zeit zu Zeit wieder Wohlthäter d. h. er liess mir wieder gute Arznei geben (lauter Namen von Pfleglingen. Der Ref.); ferner Wärter Schw., Wärter Ma., Wärter Z., Wärter Schn. bei Nacht auch verdächtig; mehrere

Digitized by Google

Fräulein aus der Küche; Pflegling Os. auch verdächtig. Ob nicht auch von Sö. manchmal Giftmischerei getrieben wird? Aber der Herr Schultheiss dort lässt mir keines geben; im Gegentheil. Manchmal kommen böse Leute und geben mir Gift; manchmal gute Leute und geben mir gute Arznei. — Forscht nach, ob kein Pfarrer von irgendwoher ein Giftmischer ist.

Ich wünsche nur, dass mein Verdacht auf die richtigen Leute gefallen ist — bitte untersuchen Sie, die Sache muss ein Ende nehmen. Müsste ich selbst einen Staatsanwalt beiziehen; ich will nicht länger wegen meines eigenen Volks Verbrechen leiden. — Dann vergessen Sie nicht, man kann auch elektrisiren, magnetisiren, hypnotisiren und telephoniren und damit schaden. Hypnotisiren ist schädliche brotlose Kunst; ein Hypnotiseur soll nicht geduldet werden, man soll ihn bestrafen, wenn er es ausübt. Roi Jeremias Karl von Württemberg.

An folgenden Tage 7. Januar 1892 schreibt er an mich: „Die Gründe wegen der Vergiftung sind verschieden: Neid, Bösartigkeit, Bettelmannskuppelei, dass ich gar noch Taglöhner werde, wollen sie mich durch Gift zwingen; dann, dass ich mein Recht vergebe. Dann wollen welche mich auch bestrafen, ich hätte früher ein Unrecht gethan. Es ist einmal die Rede davon gewesen, als liesse mich ein gewisser Pfarrer von fernher vergiften, aus Bekehrungseifer. — Dann die Krankheitserscheinungen auf das Gift: im Kopf schon 5–8erlei Schmerzen; verdummen, verwirren, verirren, Gedächtnissschwächen, Hitz erzeugen, vorne an der Stirne Schmerzen machen, was sie verblöden heissen. Augenlicht zeitweise schwächen, unsicheren Blick machen in Verbindung mit dem Zucken auf der rechten Lunge, zeitweise meine Augen funkeln lassen; der Nase auch schon den Geruch gestohlen von Wärter Ro., Geschmack schwächer; Zucken auf der rechten Lunge bald vorne, bald hinten; Bauchweh, Grimmen, zitterige Kniee, Frieren gemacht — Gott soll diese Giftmischer strafen. Ein Soldat und Offizier hat mich auch schon vergiftet. — Dann Gottlob gab es auch schon mehrere, die mir wieder gute Arznei gaben. Li., Str. u. Fu. (3 Pfleglinge. Der Ref.) sind auch als Giftmischer verdächtig; auch der evangelische Pfarrer R.; auch mehrere Aerzte. —

Wir kommen zum 4. Falle. Es ist bei demselben schwierig, die einzelnen Veränderungen des bestehenden Wahns genau zu analysiren; es kommen hier alle drei Arten der Variabilität der Wahnideen vor: Steigerung, Wechsel und Variiren im engeren Sinne. Im allgemeinen ist die Steigerung am deutlichsten ausgesprochen; der Wahn geht allmälig ins Unermessliche; doch macht sich hier zugleich ein grosser Wechsel der Wahnideen, speciell der Verfolgungswahnideen, und eine Erweiterung des Wahns überhaupt geltend. Zugleich ist diese Krankengeschichte ein deutlicher Beleg für das Variiren der Sinnestäuschungen.

Digitized by Google

Beobachtung IV.

H. K. 52 Jahre alt, ledig. Kameralamtsbuchhalter. Mannigfache hereditäre Belastung vorhanden. Ein Onkel starb in der hiesigen Anstalt. Nach dem Bericht aus der Anstalt, in der K. früher untergebracht war, wurde er in einem Zustand grosser melancholischer Aufregung mit Sinnestäuschungen und wechselnden Wahnideen dort aufgenommen, nachdem er zuvor in dem Wahne, sich für die Menschheit, die ihn unschuldiger Weise verfolge, aufopfern zu müssen, versucht hatte sich den Hals abzuschneiden und über eine Brücke ins Wasser gesprungen war. Die Krankheit sei nicht plötzlich aufgetreten, es wurden schon Jahre vorher ein krankhaftes Misstrauen und Sinnestäuschungen an ihm bemerkt. Einige seiner Hauptwahnideen seien folgende gewesen: Er glaubt österreichischer Prinz zu sein und erwartete Monate lang eine Deputation, die ihn auf den Thron berufen sollte. Ausserdem habe sich bei ihm ein ganzes Gewebe der ungeheuerlichsten, zum grössten Theil durch Hallucinationen hervorgerufenen Wahnideen gefunden. Er glaubt seine Gedanken von andern gehört, und in seinem Thun und Treiben werde er stets beobachtet. Tausende stehen in Verbindung mit ihm, durchdringen ihn namentlich dadurch, dass sie ihm Theile ihres eigenen Körpers in den Speisen vorsetzen oder andere ekelhafte Sachen geben, wie Menschenfleisch, Eiter, Herz des Garibaldi, Gehirnatrophie von Mariabergern Simpeln.

Einzelne Menschen leben als Bandwurmglieder in ihm und nähren sich von anderen Würmern, die auch in ihm leben und ebenfalls Menschen sind.

Die Leute die sich auf diese Weise mit ihm in Verbindung setzen, kommen dadurch zu grossen Ehren, während er selbst dadurch leiblich und geistig ruinirt wird, nur deshalb, weil ihm „die Nadel", das geheimnissvolle Instrument, welches alle schädlichen Wirkungen sofort aufheben würde, verweigert wird. — Seine schon vor mehreren Jahren verstorbene Mutter wähnt er lebend, glaubt, sie werde aufs grausamste misshandelt.

Im Jahre 1873 wurde er in seinem 34. Lebensjahre hier in Zwiefalten aufgenommen.

Ein Eintrag über ihn in einem der nächsten Jahre lautet: „K. musste öfter wegen grosser Aufregung isolirt werden." — Im November 1877 bittet er um eine Wärterstelle und schreibt, er sei der Sohn des Pfarrers L. K., diviner Discendenz aus dem kaiserlich-königlichen Mannsstamme des Habsburger Kaiserhauses und des Burgunder Königshauses.

Ein späterer Eintrag vom Jahre 1878 giebt an: „K. ist freundlich und anständig, solang man seinen Wahn nicht berührt, oder richtiger, da er selbst davon anfängt, so lang man ihn im Gespräch im Kreise realer Themata halten kann; gelingt dies nicht, so erscheint eine Fülle der ungeheuerlichsten Wahnideen, die er mit innigster Ueberzeugung von sich giebt. Dennoch gelingt es nicht selten ihn durch Demonstriren ad oculos von

Digitized by Google

der Unhaltbarkeit dieser oder jener Idee zu überzeugen; er giebt sie dann auf — und hat am folgenden Tage eine neue, noch viel widersinnigere. — Stete Noth hat er mit seinen Hemden; keine Leinwand ist ihm fein genug; er zerreisst sie oft mit der Angabe, dass sie seinen Körper schädigten, die Eingeweide umdrehten, ihm seine Mannbarkeit nehmen etc. Durch alle seine Wahnideen geht ein sexueller Zug. — Auch Vergiftungswahn äussert er gelegentlich und verweigert dann diese oder jene Speise. — Er hegt die Vorstellung, dass sein Vater hier in der Anstalt sei und zwar in Weiberkleidern auf der Frauenabtheilung. Er verlangt dann die einzelnen Weiber zu untersuchen, bis er seinen Vater, der am Puerperalfieber schwer darniederliegend mit Bierbädern behandelt werde, herausfinde. — Grössenwahnideen äussert er in ruhigen Zeiten nicht; ist er aber aufgeregt, so macht er die ganze Scala vom Prinzen bis zum Halbgott durch."

1879: „Er erklärt den kranken E. für einen Sohn Jérome Napoleons und für seinen Ahnen; er behandelt ihn dementsprechend mit grosser Hochachtung."

In einem Briefe vom Januar 1880, den er an Gortschakoff richtet, heisst er den Kaiser Alexander von Russland seinen Bruder und unterzeichnet ihn mit Prinz Hugo, Herzog von Monry; in einem andern Brief vom März 1880 heisst er den Pflegling H. (Beobachtung II.) den hohen Meister des Himmels und sich selbst den Nepoten und Freund dieses.

Der Journaleintrag von 1880 fährt fort: „Gegenwärtig treten Grössendelirien bei ihm in den Vordergrund, die durch zahlreiche Hallucinationen des Gesichts und Gehörs bedingt und unterhalten werden. Der Kaiser von Russland, der König von Italien und andere fürstliche Persönlichkeiten statten ihm nächtliche Besuche ab und bestätigen ihn als Thronfolger von Württemberg. Er schreibt alle möglichen Briefe an die gekrönten Häupter Europas und bittet um die Befreiung aus seiner Gefangenschaft. — Abnorme Sensationen und daraus entspringende Wahnideen werden nur sporadisch geäussert."

1882: „Massenhafte Parästhesien und paralgische Sensationen geben in allegorischer Deutung zur Bildung der abenteuerlichsten Wahnideen Anlass. — Er leidet an Nieren- und Milzvereiterung, ein siebenköpfiger Bandwurm nagt ihm das Herz ab, Ascariden fressen ihm das Gehirn etc."

1883: „K. glaubt jetzt der Sohn des verstorbenen Königs Wilhelm und Prinzen August von Württemberg zu sein. Es handle sich bei dieser Descendenz um Gottzeugung. — Beschäftigt sich stets mit dem Abfassen von Bittschriften an den König, das Ministerium, die Ständekammer etc. — Verfolgungswahnideen schafft er immer noch neue: bald ist das Stroh des Strohsacks unheilig und seelenheilzerstörend; bald sind die Hemden Mordinstrumente, die ihn abhalten seiner hohen Bestimmung theilhaftig zu werden; bald sind seine Zähne in unheiligem, ihn seiner Seligkeit beraubendem Zustande, indem eine oder zwei Stahlfedern im Kiefer stecken, die die nachfolgenden Zähne am Hervorwachsen hindern."

Digitized by Google

1884. „Bei Gelegenheit der Thronfolgerfrage in Braunschweig tritt er ebenfalls als Prätendent auf. In letzter Zeit hatte er viele Klagen über seine Zähne: er werde durch sie von feindlich Gesinnten bei Nacht auf alle mögliche Weise geplagt, und es werde ihm die Kraft entzogen. — Sein Kissen im Bett sei viel zu klein; das Rückenmark werde ihm dadurch ausgehoben, es wird ihm alle Kraft genommen, um damit eine Menge unreifer Eier und Embryonen, die er Nachts in seinem Bett herumstehen sieht, zu befruchten und auf seine Kosten aufzufüttern. Auch klagt er über grossen Lärm bei Nacht, verursacht durch eine Anzahl von Pfleglingen, die es alle auf ihn abgesehen hätten und ihm seine Kraft stehlen wollten."

1885: „Die Wahnideen des K. werden immer ungeheuerlicher; so brachte er heute folgendes vor: Er sei der Sohn Louis Philipps und Napoleon des III., der Patient E. sei sein Vater, der Patient St. seine Mutter: ersterer sei eigentlich Louis Philipp, letzterer Maria Theresia. K. sei 45 Jahre lang im Mutterleibe gewesen und wurde von 40 Müttern getragen, zum Theil in ihrer Brust, zum Theil in ihrem Auge; auch verschiedene Männer haben ihn getragen theils in der Brust („geleift"), theils im After. Er sei für den Thron geboren und erzogen. Er sei der einzige rechtmässige Thronerbe von Württemberg und Frankreich und könne dies durch Zeugen nachweisen. Bei seiner Zeugung sei Herr Director K. auch zugegen gewesen und zwar als Gott Vater. In die Irrenanstalt sei er gekommen theils zu seinem Schutze theils um ihm Aufschlüsse über seine Geburt und Bestimmung zu geben."

1885: „K. hat seine Lebensbeschreibung: „die Nachfolge Christi als Unschuld — eine Episode aus meinem Leben" in einer 1300 Seiten langen Schrift niedergelegt, die er in Druck geben will. Besonders interessant ist darin die Schilderung seiner beiden Selbstmordversuche, die er als von Gott verlangte Opferacte für seine Mitmenschen ausführte."

1886: „K. leistet das Grandioseste in stets neuen Variationen seines Grössenwahns. Er ist Prinz von Württemberg und Frankreich, daneben noch ein gottgezeugter Sohn. Um ihm das Rückenmark auszuheben, hat man ihm die sogenannte Kaiserbettlade gegeben, ein Marterinstrument ohne Gleichen: in dem einen Pfosten ist ein taubeneigrosser Diamant, im andern ein eiserner Stab, im dritten ein grosser goldener Ring, im vierten ein kleiner Diamant. Dies alles hat er ganz genau in der Nacht gesehen. Seitdem er darin schläft, hat er keine Eingeweide mehr, sondern die Speisen fallen alle in ein grosses Loch. — Den Patienten H. (Beob. II.) heisst er jetzt den lieben Heiland und seinen Papa."

In einem Brief an Papst Leo XIII. vom Jan. 1886 unterzeichnet er sich als königlich-kaiserlicher Prinz und präsumtiver Thronfolger von Frankreich, Oesterreich, Württemberg, Spanien und Belgien; heisst sich dann wieder in demselben den legitimen Sohn von Pfarrer K. (seinem wirklichen Vater); ferner heisst er den König Louis Philipp seinen hohen Gross-

Digitized by Google

vater und Grossoheim und sich selbst den speciellen Gott- und Adoptivsohn der königlichen-kaiserlichen Häuser von Frankreich: Orléans — Bourbon — Napoléon und des königl. Hauses Württemberg. Ausserdem habe sein seitheriger Gott- und Adoptivvater Pfarrer K. die Ehre ein hervorragender Vertreter und Stammfürst der Kaiserhäuser von Oesterreich, Frankreich und Königreich Württemberg und zugleich der I. Stellvertreter Christi auf Erden, der heilige Apostelfürst Petrus, zu sein. Er selbst sei bisher Staatsfinanzbeamter gewesen, obgleich er die Ehre hatte nach Zeugung und Geburt ein hochgeborener Gott von überragenden göttlichen Eigenschaften zu sein.

Juni 1886 schreibt er, er habe in Württemberg, Oesterreich, Frankreich und Russland, ferner in England, Italien, Spanien, Belgien, Dänemark und Schweden, Baden und Braunschweig Anrechte auf den Thron; sei als Busensohn des Herzogs Friedrich Eugen von Württemberg anzusehen und dann von König Wilhelm adoptirt worden, habe ferner Anrechte auf den Thron von Oesterreich.

Juli 1886 heisst er sich in einem Briefe wieder Heiland und Nachfolger Jesu Christi. Die Mitwelt habe ihm sogar den Titel: „Messias der Zukunft" gegeben.

In einem Briefe vom Nov. 1886 schreibt er: „Ich selbst, der ich die Ehre habe ein hochgezeugter Sohn Gottes, der die Liebe ist, und zugleich die Liebe selbst zu sein etc.

Ein Brief vom Jan. 1887 enthält die Angaben, dass Pfarrer K. und seine Frau seine thatsächlichen Eltern seien. Als Kind sei er in fremden Familien untergebracht gewesen, so am Hofe von Württemberg, Frankreich, Preussen und Russland, sowie in der Familie des Gutsbesitzers F. von H. In der letzteren Familie seien viel hervorragende Persönlichkeiten gewesen, unter anderem auch solche, die einst die Ermordung seines Vaters, Pfarrers K., in seiner früheren Eigenschaft als Ludwig XVI. von Frankreich eingeleitet und durchgeführt haben.

In einem andern Brief vom Jan. 1887 heisst er seinen Vater wieder einen der hervorragendsten Stammesfürsten von Württemberg.

In einem Briefe vom Sept. 1887 giebt er an, ein erbberechtigtes Mitglied der hohen Ständekammer von Württemberg zu sein. Er sei zwar nach den Kirchbüchern der ehelich gezeugte Sohn von Pfarrer K. und seiner Mutter, Frau Pfarrer K. geb. M., doch nach Nachrichten, die ihm im Laufe der Jahre von competenter Seite zugekommen sind, sei er ein hochgezeugter Busensohn des Herrn Barons von Fr. (Ein Jugendbekannter von ihm. Der Ref.) Er sei schon im Jahre 1792 von diesem in Paris, wo dieser sich als König Georg III. von England aufhielt, mittelst eines auf ausserordentlichem divinem Wege vollzogenen Schöpfungsactes geschaffen worden. Darauf habe er nach jenen Mittheilungen im Busen des Genannten bis 1832 verweilt. Nach glücklicher Enthebung aus dem Busen dieses sei er andern Familien übergeben worden. Während der folgenden 7 Jahre habe er theils in den königl. und kaiserl. Häusern Europas, lange im Ausland, Frankreich,

Digitized by Google

Oesterreich Russland und Italien, theils auf den Sternen des Himmels und in den Büchern Gottes gelebt.

Zu den ersteren Häusern gehörten nun auch Vertreter der königl. und kaiserl. Häuser von Frankreich und Württemberg: Seine Majestät König Louis Philipp von Frankreich und König Wilhelm I. von Württemberg. Philipp hatte nämlich seinen eigenen Angaben zufolge von Seiten des zu diesem Behuf tagenden Seniorenconvents die specielle Erlaubniss erhalten sich einen Gottsohn als Erben zeugen zu dürfen. Zu diesem Zwecke sei der Genannte daher anno 1834 an den Hof von Stuttgart gekommen und habe hier den König Wilhelm I., König Heinrich der Niederlande, König Georg von Dänemark und Napoleon III. vereinigt, um ihn selbst zu dieser Bestimmung auszuwählen, dereinst im Kgr. Württemberg und Frankreich die Krone als Landesfürst tragen zu dürfen. Pfarrer L. K. (sein rechter Vater. Der Ref.) sei oftmals Landesfürst von Württemberg gewesen, zugleich sei er als ein Vertreter oder Stammfürst der kgl. kaiserl. Häuser von Frankreich und Oesterreich (oben sagte er Württemberg) anzusehen. Denn er habe dort öfters als König und Kaiser regiert.

Einen späteren Brief vom September 1887 unterschreibt er mit Hugo, Erbprinz von Württemberg, de jure, de titulo kgl. Kameralamtsbuchhalter. In diesem Briefe giebt er eine Uebersicht über die Verwandten des Hauses Württemberg und sagt, er Hugo Wilhelm Eduard Julius Alexander sei ein nachgeborener Busensohn seiner kgl. Hoheit des Herzogs Friedrich Eugen von Württemberg, der bei Gelegenheit seiner 47 Jahre lang andauernden Creirungsvollendung von seiner Majestät dem König Wilhelm I. und Prinzen August adoptirt worden sei, um dereinst Kronprinz von Württemberg zu werden.

Durch die Machinationen des exilirten Kaisers Napoleon III. und der deutschen Reichsregierung werde er hier gefangen gehalten, und zwar so lange, bis Napoleon III. die Kriegscontribution bezahlt habe.

Der Journal von 1888 fährt fort: „K. nennt sich einen Familiensohn des Apostels Petrus mit dem Namen K. Er soll die Schlüssel des Himmelreichs führen. — Er klagt, die Decke seines Zimmers sei zu dünn; wenn Leute darüber hingeben, so verspürt er am Herzen unsagbare Schmerzen. Später sagte er: es bilden sich Blutströme in seinem Gehirn, die den Fusssohlen der darüber hingehenden nachfliessen. — K. ist immer mit Schreiben von Eingaben beschäftigt, worin er sein Thronfolgerecht in 17 Staaten nachweist. K. glaubt vielfach an die Wahnideen anderer Patienten, z. B. dass H. mehrere 100 Jahre alt sei. — Nach dem Tode seines Onkels behauptete er, dieser sei lebendig begraben worden."

In einem Briefe vom 14. März 1888 heisst er die Kaiserin Augusta seine Tante und Kaiser Wilhelm I. seinen Oheim. Er wagt in dem Briefe die schüchterne Anfrage, ob er als sein Neffe nicht auf den Thron von Preussen komme. In einem späteren Briefe vom März 1888 bittet er um die Thronfolge von Preussen. — In einem Telegramm an Kaiser Friedrich III

Digitized by Google

nennt er sich dessen Bruder und Vetter. — April 1888 schreibt er an den Pflegling H., den er für Gott hält (Beobachtung II.), er sei ein Familiensohn des Apostels Petrus, redet H. mit „lieber Papa" an und unterzeichnet sich als seinen Nepoten. — In einem Briefe vom Juni 1888 heisst er Kaiser Wilhelm I. seinen Vater und zugleich Oheim familiärer Art. Dieser habe an ihm, schreibt er weiter, die directe Anfrage gestellt, ob er nicht geneigt sei, ihm auf den Thron von Preussen zu folgen. Er habe damals aus Bescheidenheit eine passive Stellung eingenommen (vergl. übrigens die Briefe vom März 1888).

Der Journaleintrag von 1889 lautet: „Anlässlich des Todes des Kronprinzen von Oesterreich bewirbt sich K. energisch um die Thronfolge in Oesterreich. — Es sei ihm ferner gesagt worden, der vor einigen Tagen verstorbene Pflegling G. sei nicht gestorben, sondern seine Tante sei lebendig in dessen Sarg gelegt worden, nachdem sie an einem Tags zuvor von ihm selbst (K.) verspeisten Rettig erstickt sei. Er habe die Tante gesehen und jetzt rufe sie ihm immer zu, er solle ihr zu Hilfe eilen. Man habe ihr beide Brüste weggeschnitten und die eine dem Patienten S., die andere dem Patienten B. gegeben."

Bei Anlass des Todes von Kronprinz Rudolf von Oesterreich schreibt er (Febr. 1889) an die Direction, er habe die Ehre nach Geburt, Erbrecht und diviner Destination seither auch im Kaiserreich Oesterreich der höchstberechtigte legitime Thronerbe desselben zu sein. Kaiser Franz Joseph I. sei nur sein Stellvertreter gewesen; er selbst sei nicht nur der Gott — und Erbsohn des verstorbenen Kaiser Ferdinand I., sondern auch der seiner Vorgänger: Kaiser Franz II. und Joseph III. Ausserdem sei er auch von der Kaiserin Augusta von Oesterreich im Busen getragen worden. Kaiser Ferdinand I. nennt er seinen Adoptivvater und Oheim. Es wurde diesem die Bedingung auferlegt, den Thron des Kaiserreichs Oesterreich an ihn selbst cediren zu müssen, sofern er im Laufe von 22 Jahren liebe und durch die Liebe ein Gott geworden sei. Kaiser Franz Joseph I. nennt er seinen hohen Bruder und Gottpapa. — Einen Brief an Kaiser Franz Joseph I., in dem er schreibt, er sei seither schon ein Erzherzog von Oesterreich und Erbe des Kaiserreichs gewesen, unterzeichnet er mit Hugo, Erbherzog von Oesterreich. Er sei bei der Aufstellung jener Bedingung schon ein „Gott stipulirter Art" gewesen.

Am folgenden Tage, 13. Febr. 1889, schreibt er wieder, er sei Kronprinz von Württemberg, und unterzeichnet den Brief mit Hugo, Erbprinz von Württemberg.

Bis Mitte Mai 1889 schreibt er nur von seinem Recht auf den Thron Württembergs; in einem Briefe vom 17. Mai 1889 spricht er wieder von seinen Anwartschaften auf den Thron Württembergs und Frankreichs; in einem solchen vom 28. Mai 1889 ist er wieder der legitime Erbe von Oesterreich; in einem solchen vom 29. Juni 1889 legitimer Erbe von Württemberg.

Digitized by Google

Der Journal von 1890 fährt fort: „K. hat massenhaft Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, habe eine Stahlfeder im Zahnfleisch, giftige Thiere im Bauch."

1891: „K. behauptet, die Frauen im andern Bau ziehen ihm die Kraft aus. Im Weine sind Gift, Rindsblut, Eiter; sein Hut sei von Stahl und auch vergiftet."

In einem Briefe vom 30. August 1891 schreibt er von seinen ihm seither zugestandenen Anwartschaften in Bayern; er sei ein Nasciturus des Königs Maximilian Joseph I. u. II., der einst Herr von Fr. gewesen sei (oben sagte er, letzterer sei König Georg III. von England gewesen). Sein Vater Pfarrer K. sei Stammfürst von Württemberg, Frankreich, Preussen und Dänemark, seine Mutter, Frau Pfarrer K., Prinzessin und Erbin von Frankreich gewesen.

Juni 1891 schreibt er, der Vater seiner Mutter, Frau Pfarrer K., sei König Karl X., XI. u. XII. von Frankreich gewesen. Mehrere seiner Oheime seien residirende Kaiser und Könige: Kaiser Wilhelm I., Franz, Paul, Ferdinand von Oesterreich, Nikolaus, Paul und Alexander von Russland, ferner König Louis Philipp von Frankreich, Wilhelm I. von Württemberg, Victor Emanuel von Italien, Wilhelm der Niederlande. Sein Vater, Pfarrer K., hat als Herzog Friedrich Karl von Württemberg und Herzog Karl Eugen, als Kurfürst und König Friedrich und König Wilhelm residirt. Er selbst sei specieller Adoptivsohn König Louis Philipps von Frankreich und Wilhelms I. von Württemberg gewesen.

In einem Briefe vom Nov. 1891 macht er alle möglichen Anstrengungen sein Recht als Kronprinz von Württemberg geltend zu machen. Während er früher glaubte, er sei wegen Napoleon III. gefangen gehalten, sagt er jetzt, König Karl sei daran schuld.

December 1891 schreibt er an Seine Majestät Kaiser Wilhelm II. „Dem Namen, dem Stande und der Familie nach habe ich zwar nur die Ehre H. K., kgl. Kameralamtsbuchhalter, der Sohn Sr. Hochwürden, des Pfarrers K., zu sein. Dieser letztere ist nun nicht nur der heilige Apostel Petrus gewesen, sondern in der Folgezeit zugleich der Stammfürst und Gründer vieler europäischer Königshäuser, an deren Spitze derselbe auch im Laufe der letzten Zeiten mehrfach theis als Kaiser, theils als König residirt hat. Hiezu ist nun aber nicht nur das Kaiserreich Oesterreich und Russland zu zählen nebst Frankreich, England, Piémont, Dänemark und Württemberg, sondern namentlich auch Preussen. Denn auch hier hat dieser nicht nur als Graf: Conrad, Johann und Friedrich, und darauf als Kurfürst Johann und Georg, sondern in neuerer Zeit zugleich auch als König Friedrich II., III. u. IV. residirt. Die hohe Gemahlin Kaiser Wilhelms I., Kaiserin Augusta, ist notorisch einst die leibliche Tochter meiner eigenen Familien Mutter, Frau Pfarrer K., also hiernach meine eigene Schwester gewesen. — Hugo, königl. Prinz von Preussen."

18. Januar 1892 erzählte mir K., Patient R. sei aus seinem Koth fabricirt.

Digitized by Google

Patient L. lebe als Bandwurm in ihm. Sein Vater (der übrigens schon lange gestorben ist) sei auf der Frauenabtheilung in einem Dunkelzimmer und werde dort gemästet, um dann geschlachtet zu werden. Er habe ihn heute dort gesehen und um Hilfe rufen hören. Seit Monaten bekomme er immer nur Menschenfleisch zu essen. In der Küche werden alle möglichen ekelhaften Sachen in die Speisen gemengt. In der Nacht werde er viel gestört: heute Nacht habe er Leute mit Patienten R. in der Ecke seines Zimmers gesehen, die mit diesem huren, ihm das Rückenmark ausheben, ihn schwächen und auf seine Kosten in Wollust leben. Er habe eine Stahlfeder im Halse neben dem Kehlkopf; er bat mich, ich möchte dieselbe durch eine Operation entfernen (früher sprach er von Stahlfedern im Kiefer).

Die Kaiserbettlade, nach der ich ihn fragte, habe er jetzt nicht mehr; im einen Pfosten sei ein grosser goldener Ring, im andern ein Diamant, im 3. u. 4. zwei goldene Stäbe gewesen (vergl. die oben gegebene abweichende Beschreibung). —

Es fällt bei einer Vergleichung der soeben gegebenen Notizen leicht in die Augen, wie gross die Variationen in dem Wahnsymptome des K. sind, wie er den Pflegling H. bald für seinen Vater bald für seinen Oheim, Kaiserin Augusta bald für seine Tante bald für seine Schwester, König Louis Philipp das eine Mal für seinen Vater, das andere Mal für seinen Oheim, dann wieder für seinen Grossvater und Grossoheim, seinen eigenen Vater das eine Mal für Ludwig XVI., das andere Mal für einen Stammfürsten des Hauses Württemberg, des Hauses Preussens etc., dann wieder für den Apostelfürsten Petrus erklärt u. s. w. Hinsichtlich seiner eigenen Person sind die Variationen am grössten. Das braucht nicht alles noch einmal wiederholt zu werden.

Beobachtung V.

S. N., 49 Jahre alt; ledig. Gouvernante.

Die Eltern der Patientin sollen gesund sein; ebenso die 6 Geschwister. Keine Heredität nachweisbar. Einige körperliche Degenerationszeichen vorhanden. Die N. soll früher stets gesund, ein heiteres, lebensfrohes Mädchen gewesen sein. Sie besuchte in St. die höhere Töchterschule, setzte dann später den Unterricht in Französisch und Clavierspiel noch längere Zeit fort, um sich als Gouvernante auszubilden. Sie war darauf 2 Jahre in Genf, später 2 Jahre in Lyon. 25 Jahre alt ging sie nach Newyork und trat dort bei einer reichen Familie die Stelle als Gouvernante an. Ein Jahr später musste sie aber ihre Stelle wegen hochgradiger Nervosität, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit aufgeben. Sie kehrte dann nach Deutschland zurück, körperlich und geistig sehr heruntergekommen.

Digitized by Google

Sie lief oft die ganze Nacht im Hause herum, weil sie sich überall verfolgt glaubte. Die Stimmen, die schon damals sehr intensiv waren, liessen sie nicht zur Ruhe kommen. Die Unmöglichkeit, sie länger in der Familie zu behalten, veranlasste den Vater, sie in einer Anstalt unterzubringen. Der Bericht aus dieser ergiebt, dass bei der N. ein durch zahlreiche Sinnestäuschungen und Gemeingefühlsstörungen, namentlich in der sexuellen Sphäre, unterhaltener und systematisirter Wahn von Verfolgung und Misshandlung durch amerikanische Aerzte besteht.

Ihre Aufnahme in Zwiefalten erfolgte 1880 in ihrem 37. Lebensjahre. Der Eintrag in das Journal von damals giebt an: „N. glaubt sich beständig auf magnetischem Wege durch amerikanische Aerzte verfolgt. Sie fühlt von diesen beständig ein magnetisches Fluidum auf sich überströmen und steht in ständigem magnetischen Rapport mit ihnen. Sie übertragen oder, wie sie sagt, entstreichen Krankheitsstoffe durch Leichenmagnete auf ihren Körper und ziehen an einer Stelle aus den Adern ihre Säfte mittelst eines feinen Magneten, sogenannten Unsterblichkeits-Magneten. Sie streichen sie, kneten sie, nehmen ihr das Rückenmark aus, saugen ihr am After und der Vagina, wühlen in ihren Geschlechtstheilen, drehen ihr den Magen um, verrenken das Gedärmwerk, ziehen an den Hämorrhoidaladern, kurz plagen sie auf alle erdenkliche Weise, ohne dass sie das Mindeste dagegen machen kann. Ihr Treiben ist oft so peinlich, dass sie laut aufschreien muss. Sie muss alles thun, was jene verlangen. Sie habe schon Haarnadeln verschlucken und ihre Brüste fürchterlich zerschlagen müssen. Sie sagen ihr obscöne Dinge in die Ohren, machen ihr schändliche Anträge, sie riecht oft namentlich bei Nacht den abscheulichen Gestank der Männer. Sie zeigen ihr bei Nacht ihre Gesichter, wie sie früher ausgesehen, sie versenken sie mittelst Chloroform in einen magnetischen Schlaf und schänden sie dann, so dass sie Morgens todtmüde ist. Auch bei Tag werde sie vielfach geplagt. Sie strecken ihr die Glieder, zerschlagen ihr den Kopf, machen ihr die Zähne magnetisch, so dass sie nicht essen kann, und dergleichen mehr; kurz eine Sensation löst die andere ab, eine Sinnestäuschung die andere. Ihre Gedanken muss sie laut aussprechen: sie schämt sich des obscönen Inhalts derselben und bittet um Versetzung auf eine andere Abtheilung."

Mai 1881: „Immer die viel geplagte Patientin. Kein Glied, kein Organ ihres Körpers ist frei von den magnetischen Eingriffen der Newyorker Aerzte. Ihr ganzer Leib steht in anti-elektrisch-direct entgegengesetzt magnetischer Verbindung mit jenen. Sie isst und trinkt für sie; sie wissen alles, was sie denkt, spricht und thut. Ernährung mangelhaft, weil „die Newyorker Aerzte sie nicht essen lassen und ihre Zähne, Mund und Zunge magnetisch bestreichen"."

Juli 1881: „Patientin glaubt jetzt, jene Männer stehen durch sie mit Gott in Verbindung und kann deshalb nicht mehr zu ihm beten. Sie nennt ihn Gottsauteufel."

1884. „Ihr Körper ist von dem falschen Gott und Teufel und allen

Digitized by Google

mit ihm magnetisch lebenden Herren und gemeinen Mannsleuten von hinten entgegengesetzt magnetisch verschlossen; diese in Newyork lebenden Mannsleute und Geister verfolgen sie auf Schritt und Tritt, entziehen ihr Blut durch 2 Mauslöchlein im Darm: sie sieht sie bei Nacht und bei Tag; auch hört sie ihre Stimmen. Bei Nacht wird sie sehr gepeinigt, an den Genitalien elektrisch berührt, genothzüchtigt etc. Täglich fragt sie die Aerzte auf der Visite — wenn es doch so wäre, und sie wisse gewiss, dass es so sei, ob sie doch essen, beten, schreiben dürfe etc. Für Zuspruch ist sie sehr dankbar, nur hilft er nicht viel."

1886: „sie sieht die Mannsleute, die sich bei Nacht unter ihrem Bette, bei Tag unter der Bank aufhalten. Sie wird mit Fingerhüten durchstochen innerlich entgegengesetzt magnetisch gestrichen, wie wenn sie in gesegneten Umständen wäre; der Magen ist ihr umgedreht. Das Blut wird ihr ausgesogen mit Magneten, das Herz in den Unterleib hinabgezogen, der After verschlossen, die Stimme genommen. Will sich das Leben nehmen."

1888: „Glaubt, sie werde sterben, wenn die Geister sämmtliche Magnete weglegen. Sogar der deutsche Kronprinz stehe unter dem Einfluss dieser magnetisch lebenden Leute in Newyork." (Später erklärt sie, sie allein stehe unter dem Einfluss der magnetisch lebenden Leute.)

1891: „Die Wahnideen und Hallucinationen nehmen immer grössere Dimensionen an. Jetzt sieht sie ausser den Newyorker Leuten ihren Schwager und Dr. G. bei Nacht zu ihr kommen."

Aus ihren Briefen, die ich alle der Reihe nach durchsah, geht hervor, dass sie anfangs glaubte, es sei nur ein Newyorker Arzt, welcher sich bei ihr in der Nacht eingeschlichen hätte, um sie ohne ihr Wissen, jedoch mit Erlaubniss der Newyorker Familie, bei der sie als Gouvernante war, im Schlafe zu besichtigen, zu untersuchen und auch mit Magneten zu berühren. Später sagte sie, sie sei geschändet worden und zwar durch mehrere Aerzte, welche sie durch einige Mannsleute mit Gewalt in einen magnetischen Schlaf versetzt und direct entgegengesetzt magnetisch genothzüchtigt hätten. Sie glaubte sich dann den Tag über von denselben Aerzten namentlich beim Essen beobachtet. Die Aerzte hätten es darauf abgesehen sie im magnetischen Schlafe auszufragen, was sie in ihrer Jugend gesündigt und sonst gemacht und gearbeitet hätte. In einem ihrer späteren Briefe schreibt sie, sie hätten sie nur besichtigen wollen; gesprochen hätten sie nur sehr wenig. Ein anderer Brief von ihr lautet: „Gleich in der ersten Nacht, als ich wieder in St. ankam, hörte ich Leute mit mir sprechen, ohne sie zu sehen; ich fühlte mich namentlich im Rückgrat sehr gehemmt. Auch beim Klavierspielen am folgenden Tage hörte ich immer Menschenstimmen mit mir reden. Einige Mal musste ich einige dieser magnetisch lebenden Aerzte im Geiste nur wenig deutlich jedoch ganz recht als Menschen sehen und zwar bei Tag mit offenen Augen, bald bei meinen Eltern, bald bei einer Verwandten, bald auf einem Spaziergang." — In B. glaubte sie sich von einem neutralen Mann vom Militär und einem Herrn Oberlieutenant G. bei Nacht im

Digitized by Google

Schlafe berührt, weil sie eine Ausnahme sei und mit der Gebärmutter durch einen Blick von einem jener Aerzte hinuntergekommen oder vielmehr weil der Eierstock willenlos geworden und in die Gebärmutter hinabgerutscht sei. — Sie giebt an, dass sie bald diesen bald jenen der magnetisch lebenden Aerzte gesehen habe. Auch auf ihre Augen, auf ihre Stirnader sollen diese später magnetisch eingewirkt haben. — Einem anderen Briefe zufolge waren es wieder Stuttgarter Herren, die bei Nacht zu ihr herein gestiegen seien mit Erlaubniss des Herrn Stadtrichters W., um sie magnetisch auszufragen. In B. habe damals eine ihr bekannte Gouvernante die magnetische Berührung jener Herren vom Militär erlaubt und zwar hätten diese letzteren sie mit Magneten berührt, zum Zeichen, dass sie in das Land Württemberg gehöre. (Vergl. oben, wo sie als Grund angiebt, weil sie eine Ausnahme sei.) — Später schreibt sie einmal, sie müsse von den amerikanischen Aerzten desswegen so viel Strafe erleiden, weil sie einmal von der Milch, die für ein Kind bestimmt gewesen sei, etwas getrunken habe. In einem andern Brief sagt sie dagegen, diese Qualen von jenen Aerzten werden ihr nur deshalb bereitet, weil diese durch ihren eigenen Körper mit dem falschen Gott und Teufel selbst in Verbindung stehen, damit sie mit den falschen Engeln durch sie hindurch besser huren können. Es sind nach ihrer jetzigen Angabe eine ganze Anzahl reicher amerikanischer Herren, die nur verkleidete Schneider, gemeine Bauern, Arbeiter, Kaufleute, Metzger, Kutscher, Friseure, Dienstboten, Schuhmacher, Bäcker und und dergleichen mehr gewesen seien uud nur ihr ihre höhere Bildung zu verdanken haben.

Seit sie hier in der Anstalt untergebracht sei, fühle sie sich immer mehr geplagt und gepeinigt. Sie fühlte, wie jemand ihr ein kleines Knöpfchen an der Gurgel herausstellte, wie jemand magnetisch auf ihre Nerven am Zahnfleisch einwirkte (namentlich beim Klavierspielen), wie ihr auf einmal der Mastdarm in einem Bogen auf die rechte Seite herumgelegt wurde. Von da an sei sie hinten am After ganz fest magnetisch verschlossen gewesen, so dass sie nicht mehr von selbst Stuhlgang haben konnte. Sie fühlte ganz deutlich, wie sie innerlich magnetisch hin- und her bewegt wurde. Die Magenöffnung sei direct entgegengesetzt magnetisch ausgeweitet, so dass die Arzneien in den Unterleib hinausgelaufen seien. Sie fühlt sich jetzt nicht mehr bloss beobachtet, sondern „ganz durch und durch besessen“ von jenen magnetisch lebenden Mannsleuten. Diese haben sie einmal ein ganzes Vierteljahr lang keinen Stuhlgang mehr haben lassen, sonst habe es oft 4—8 Wochen gedauert, bis sie Stuhlgang haben „durfte“. Auch Herz und Nieren musste sie sich entgegengesetzt magnetisch streichen und kneten lassen, und vom Schädel werde ihr oft das Blut mit grosser Gewalt heruntergerissen. — In spätern Briefen spricht sie von einer ganzen Männer- und sogar Frauengesellschaft, die durch sie hindurch mit Gottsatan Teufel und Beelzebub in Verbindung stehen; sie giebt ein Verzeichniss von allen magnetisch lebenden Personen, mit denen sie in Rapport steht:

Digitized by Google

Einige amerikanische Aerzte nennt sie mit Namen; ausserdem sind darunter viele Spanier, Franzosen, Chinesen, Indianer, Schwarze und viele Deutsche.

Heute erzählte mir N. auf der Visite, sie müsse sich oft von den amerikanischen Aerzten so schlagen lassen, dass sie beinahe in Ohnmacht falle. Auf die Frage, warum gerade sie von den amerikanischen Aerzten so gepeinigt werde, erwiedert sie, das rühre daher, dass sie ein ganz besonderes Nervensysten habe, das ganz anders organisirt sei als das der übrigen Menschen. (Vergleiche übrigens oben, wo sie als Grund für diese Qualen Strafe für ein Entwenden von Milch u. s. w. angiebt.) Sie lebe gar nicht so wie die andern Menschen, sie habe eine ganz andere innere Organisation, sie habe auch keine Lunge mehr. Auf meine Entgegnung, dass kein Mensch ohne Lunge leben könne, erklärt sie, nur sie allein könne so leben eben weil sie innerlich so ganz besonders eingerichtet sei. Sie habe Zwetschgensteine im Kopf, die magnetisch lebenden Leute stossen ihr viele Nadeln in den Kopf, einige davon hätten sie wieder herausgezogen, ihr Gehirn sei inwendig ganz hohl, nur an seiner Oberfläche fliesse etwas Blut herum, dies werde ihr oft magnetisch heruntergerissen etc. Morgen wird sie wahrschinlich wieder etwas Neues produciren. — In der That hat sie nun des nächsten Tages Folgendes preisgegeben: sie habe einen Zwetschgenstein in der Zunge, 3 Fingerhüte im Zungenbändchen, mehrere Bleistifte, Haarnadeln und Geldmünzen im Darme, die von den Geistern oft magnetisch hin und her bewegt werden; ihre Glieder seien innerlich durch das Entstreichen der Materienflüsse ganz von einander getrennt; wenn sie Bittersalz nehme um Stuhlgang zu bekommen, so nehmen die magnetisch lebenden Leute dasselbe während des Schluckens weg und schliessen es in ihrem eigenen Körper ein, bis es vertrockne (bis zu 12 Jahren). Sie habe auch keine Herzkammern mehr. — Einer der magnetisch lebenden Männer, der Spanier A., streiche oft, wenn die andern magnetisch lebenden Leute ihr durch die Magnete zu grossen Schmerz bereiten, mit seinem Magnet darüber und könne so den Schmerz beseitigen. Die Geister stehen mit dem Innern der Erde und mit Gottteufel galvanisch-elektrisch in Verbindung. Es könne ihr niemand helfen, weil niemand ausser ihr die Geister sehe. —

Fall VI.

Hervorragend bei den Wahnideen dieses Patienten ist der grosse Wechsel derselben. Pat. zieht fast alle physikalischen Probleme in den Bereich seines Wahnes.

O. H. ledig, Candidat der Theologie; in seinem 70. Lebensjahr gestorben. Vater des Patienten soll längere Zeit an Melancholie gelitten haben und sei während des Bestehens derselben einmal zum Fenster hinausgesprungen; später sei er wieder genesen. Patient sei als Knabe im Wachsthum zurückgeblieben; geistig habe er sich rasch entwickelt, seine Erziehung sei zu nachsichtig gewesen. 15 Jahre alt habe er eine kurze

Digitized by Google

Erkrankung an „Krampfanfällen“ überstanden. (Dies ist im Zusammenhang mit den andern catatonischen Erscheinungen bei diesem Fall, somatischen wie psychischen, nicht uninteressant.) Er habe die Dressur für das Landexamen durchgemacht, dasselbe glücklich bestanden und habe später das Stift in Tübingen bezogen. Dort soll er ein regelloses Leben geführt und über dem Studium der spanischen Sprache die Theologie vernachlässigt haben. Er habe mittellos eine Reise nach Frankreich unternommen, sei wieder zurückgebracht worden und habe dann bald wieder die Universität bezogen. Nun habe er sich sehr angestrengt, um Privatdocent der spanischen Sprache zu werden. Die Erlaubniss dazu sei ihm verweigert worden. Jetzt sei seine Krankheit ausgebrochen (die offenbar schon lange bestand). Sein Benehmen habe sogleich ein krankhaft gesteigertes Selbstgefühl gezeigt. Er habe auch den Wahn gehabt eine hohe Persönlichkeit zu sein. Bald sei er so unerträglich geworden, dass man ihn in eine Anstalt bringen musste. Dort sei er von 1841—49 gewesen; darauf sei er in eine zweite Anstalt gekommen und von da wurde er 1854 nach Zwiefalten versetzt. Hier machte er zunächst den Eindruck eines an „allgemeiner Verrücktheit“ leidenden, ziemlich blöden Kranken, bald aber hat man sich davon überzeugt, dass seine „Verrücktheit“ keineswegs eine so „allgemeine“ sei, wie sie anfänglich zu sein schien, und dass von einer Verblödung bei ihm vorerst nicht die Rede sein könne. Es wurde constatirt, dass es zwar schwer sei den Patienten auf irgend einer Seite in der Unterhaltung zu fassen (später hat sich das sehr geändert), dass man oft aber wahrhaft überrascht sei über die Klarheit seiner Antworten, wenn es einmal gelungen sei, ihn in einem Gespräche festzuhalten. Beispielsweise wurde auch hervorgehoben, dass H., der seit gewiss 25 Jahren kein Spanisches mehr zu Gesicht bekommen habe, im Stande sei ein spanisches Gedicht nicht bloss verständlich, sondern auch mit einem gewissen Geschmack zu übersetzen. Schon in der ersten Zeit nach seiner Aufnahme in Zwiefalten waren einzelne Haltungs- und Bewegungsstereotypen vorhanden, welche er nie ganz verloren hat.

Vom Jahre 1878 lautet ein Eintrag: H. bewegt sich unaufhörlich im Gedankenkreis seiner verrückten Ideen, die er auf jede Anfrage sofort producirt. Dies sind keine fixirten, regelmässig wiederkehrenden Vorstellungen, sondern fast alle Gegenstände des practischen Lebens zieht er in den Kreis seiner Gedanken. Das Einheitliche und Eigenthümliche dieser Vorstellungen ist, dass er meist Probleme der Physik auf die von ihm durchdachten Gegenstände anwendet und letztere dadurch in ihrem Nutzen und in ihren Leistungen ins Ungeheuerliche steigert. Kanonen, mit denen unter Wasser mit vernichtender Kraft geschossen wird, Fackeln, die durch eigen präparirtes Licht die Sonne verdunkeln, Orgeln, in denen die Kehlköpfe von Menschen als Pfeifen verwendet werden, Schafe, die rückwärts fressen, ein Loch in Spanien, das durch die ganze Erde hindurchgeht und in den Himmel führt; Ameisen, aus deren Eiern Giraffen ausschlüpfen u. s. f.

Digitized by Google

Dies sind einige wenige der Gedanken, mit denen er sich vorwiegend gerne beschäftigt. — Gedächtniss für die Vergangenheit recht leidlich."

Nov. 1882: „Patient ist bei Nacht hie und da unruhig und giebt als Motiv dafür an, er müsse so unmenschlich viel Mäuse und Kobolde machen, denn Kobolde und Mäuse seien in der Physik begründet. In seinen Briefen setzt er vor die meisten Hauptwörter das Wort „lieb". Einen alten Wärter bezeichnet er als Oberkobold, den Patienten W. als Posthalter von Nordamerika, der mit seinem weissen Kopfe den Wegweiser machen müsste."

1883: „H. spricht von 100000 Schanzen, die aufgeführt seien, aus denen mit Riesenkanonen gefeuert werde. Lopez de Vega sei deshalb gestern in grosse Gefahr gekommen; es hätte nicht viel gefehlt, so wäre er ums Leben gekommen. Denn wer getroffen werde, sei sofort verloren und sterbe dahin. — Er ist vollauf beschäftigt neue physikalische Combinationen zu finden. Unlängst sei ebenso Ephorus S. in die grösste Gefahr gekommen. Alle Tage producirt er neue Wahnideen."

1886: „Bringt immer wieder neue Ideen zum Vorschein; die Einleitung bei Gesprächen beginnt er stets: „man hat wieder etwas Neues herausgebracht" oder auch: „etwas Neues verwischt." — Eine grosse Rolle spielen (gegenwärtig) die Schattenhäuser: Häuser, die als greifbare Körper nicht existiren, sondern nur einen Schatten werfen."

Jan. 1888: „H. bringt fortwährend neue Sachen heraus und erzählt mit der grössten Ueberzeugung das Unglaublichste. Ein neuer Ausdruck für Mann ist „Saft und Kraft". 12 Zwitter sind von Barcelona nach Wangenheim gekommen. Dieselben tragen weisse Kleider. Ein Zwitter ist eine Frau. Er gehört zu den Weibsleuten; er kann zwar alles beides; aber er hat die Forçe nicht so, weil er das Männliche nicht so kann. — Notar Z. ist Frau und Mann, ein Sendo."

April 1888: „Giebt heute folgende Sentenz zum Besten: Durch die übermässige Bereitung von Sachen verschwindet der Augenschein. Daher kann man auch die vielen Dinge, die jeden Tag neu aufkommen, nicht sehen."

Mai 1888: „Giebt heute eine neue Definition des Sendo: Darnach ist ein Sendo ein Schulmeister, der das Geschlechtliche theoretisch und practisch docirt."

20. März 1889 trat bei ihm ein Anfall von Bewusstlosigkeit ein. Keine Lähmung der Extremitäten. Exitus letalis nach zwei Tagen. Todesursache war eine gefässreiche Geschwulst in der vorderen Hälfte der rechten Hemisphäre, die durch Platzen zu starken Blutungen ins Gehirn geführt hatte. —

Nach seinem Tode haben es die Aerzte der Anstalt, wie ich aus mündlichen Mittheilungen weiss, lebhaft bedauert, dass sie nicht mehr von den oft überaus phantastischen und äusserst drolligen, im ernsthaftesten Tone der Ueberzeugung und dabei in einem liebenswürdig und vertraulich docirenden Tone vorgebrachten wahnhaften Aeusserungen des H. aufge-

Digitized by Google

schrieben haben, welche ihnen manches Wort geliefert hatten, das sie mehr oder weniger lange Zeit gerne im Munde führten. Immer aber sei bei den einzelnen Wahnideen des H., und wenn er deren an einem Tage noch so viele neue producirt habe, das vereinigende Band, also gleichsam die Axe des Wahns, sein Forschen in physikalischen, astronomischen, geologischen, anthropologischen, philosophischen u. s. w. Problemen gewesen, in welcher Hinsicht er übrigens mehr und mehr auch hallucinatorische Offenbarungen erhalten zu haben scheine. Ueber welchen Gegenstand immer man ihn um seine Meinung befragt habe, stets habe er sofort oder nach kurzer Zeit mit wahnhaften Erläuterungen geantwortet.

Zu weiterer Kennzeichnung dieses Falles kann ich mir übrigens nicht versagen noch einige Stellen aus Briefen des H. beizufügen.

Ein Brief vom September 1878 lautet:

„Es giebt zwei Schwierigkeiten bey den Kohlenbergwerken der Australen; die eine Schwierigkeit ist mit den Zeiten, dass die Kohlenbergwerke der Australen weit zu alt sind fürs Gewöhnliche, und namentlich bei Syrien und Norwegen nicht verbrieft sind, denn zu der Zeit, als Syrien und Norwegen von der Sache hätten Auskunft geben sollen, kam die Sache bei Haus Oesterreich nicht auf, weil bei österreichischen Bergwerken selber zu viel zu thun war. — Die andere Schwierigkeit bei den Kohlenbergwerken der Australen ist der Umstand, dass sehr viele feuerspeiende Berge bei den Australen in die Ewigkeit hereingekommen sind. Man hätte nicht mehr wachen können und hätte die Dule[1]) nicht richten können, und auch die Kohlenbergwerke und das Torf der Australen wären zu Schanden gegangen, wenn nicht unglaublich viele feuerspeiende Berge bei den Australen in die Ewigkeit hineingekommen wären. — Was die Metalle der Australen betrifft, so ist es eine sehr alte Zeit, dass alle Metalle der Australen in die Ewigkeit hineingekommen sind, bis auf das Eisen, weil das Eisen von jeher eine gefährliche Sache war, und man von jeher sich auf das Eisen verlegen musste, dass kein Unglück geschah, namentlich bei Pflügen und Sägen. — Was die Sägen der Schorndorfer und Giengener betrifft, so sind selbige viel zu jung, um schaden zu können; denn sie sind erst zu der Zeit angebracht worden, als die Dule im besten Gange war, und Jedermann im Wachen begriffen war, und mit Mühe wieder zum Einschlafen gebracht werden konnte. Wenn man übrigens nicht wieder eingeschlafen wäre, hätte die liebe Dule ganz sicher Schaden genommen und wäre ganz sicher zusammengeschnappt; allein durch das Anbringen der beiden Sägen kam die liebe Dule wieder in den besten Gang, und die Sache wurde so sicher, dass kein Gedanke mehr ist, dass die liebe Dule zusammenschnappen konnte, sondern die Sache ist so sicher als möglich, weil namentlich die Insekten bei den beiden Sägen, bei der Schorndorfer Säge und der Giengener Säge, immer wieder aufwachen, so dass die Sache unmöglich zusam-

[1]) d. h. Delle.

Digitized by Google

menschnappen kann. — Was sodann die Sache betrifft mit dem Innern der Erde, so ist noch eine Sache da, die namentlich fürs Innere der Erde ganz einzig ist, und namentlich in der Physik so vollkommen als möglich ist, es ist gar nichts anderes als der liebe Militärdienst mit Fackeln und Kanonen. Die Sache kann natürlich auch für die äussere Welt benützt werden, namentlich was populär und bequemlich geht, bei Nacht, aber die Hauptsache ist im Innern der Erde. In dieser Hinsicht ist Kaiserstaat Oesterreich weit voraus, weil der Kaiserstaat Oesterreich bereits anno 1308 im Gaue alles wach hatte, und die lieben Fackeln sehr stark und riesen mässig und auch die lieben Kanonen sehr stark und riesenmässig waren. — Was die Massregeln der österreichischen Regierung betrifft, wenn von Erdfällen und Höhlen die Rede ist, so war die Sache in den unglaublichsten Urzeiten ganz anders als sonstwo, weil die österreichische Regierung die römischen Dulen hauptsächlich zum Wachen benützte, namentlich wenn von ächten interessanten und unterhaltenden Dulen Angelegenheiten die Rede war, wie von ächten Dulenstudien mit den gehörigen Dulen Büchern und auch, wenn die Rede war von wichtigen Regierungssachen, namentlich von diplomatischen Angelegenheiten. Desgleichen wurde auch bei Posten viel gewacht, und was die Künste betrifft, so wurde bei Luftballonen viel gewacht, weil die Luftballone in den Waldungen, in den Gärten und Wiesen alles zerrissen hätten, wenn die liebe österreichische Regierung nicht weislich fürgesehen hätte, dass die Luftballone regelmässig ins Wasser mussten, so dass es keine Streitigkeiten gab wegen der Luftballone, wenn sie auf Dächern, Gärten oder Wiesen herunterfallen und Alles zerreissen, was Zeug hält. — Was die gefährlichen Angelegenheiten bei Luftballonen betrifft, so ist es gar nichts Anderes als was bey Luftballonen Etwas Breites ist, das die Forçe nicht hat und nicht stark genug namentlich im Wasser abgeschnellt werden kann und es urplötzlich Räder geben kann, die dem Menschengeschlechte gefährlich werden. Natürlich ist die Hauptgefahr bei Dampfschiffen. Uebrigens ist die Einführung hoher Räder bei Dampfschiffen in Wien und Rom und Jeddo u. s. w., namentlich auch bei Dresden eine sehr alte Sache. Was die Grösse der Luftballone betrifft, so ist die Sache blos bei London und Schorndorf gelungen. London hat 7 grosse Luftballone zu Stande gebracht und Schorndorf 12 grosse Luftballone; die Londoner Luftballone sind in sehr alter Zeit herausgekommen und haben sich da aussen bei der lieben Dule erhalten, die 12 Schorndorfer Luftballone haben sich in älterer Zeit gemacht, sind aber alle in die Ewigkeit hineingekommen und sind erst in der neuesten Zeit wieder herausgekommen, die Grösse dieser 19 Luftballone ist unglaublich, und es ist nicht möglich, dass bei solchen Luftballonen die Dampfschiffe Räder bekommen. Zwar wären die hohen Räder total sicher, aber noch sicherer ist es, wenn die lieben Dampfschiffe so gross sind, dass es gar keine Räder giebt, sondern dass es geht wie bei den gewöhnlichen Schiffen, bei denen gar nichts anders vorkommt als die gewöhnlichen Längenen und Breitenen. Blos bei

Digitized by Google

Rädern ist das Krumme gefährlich, sogar bei Thüren kann alles krumm gut und richtig verschafft werden.

Was die Fehler mit den Thüren betrifft, dass erst in neuester Zeit die Thüren ausgefertigt werden, so ist die Sache weit schwieriger als man meint. Es ist der Umstand mit dem verkehrten Dreieck, das bei jedem Viereck drinsteckt. Bei andern Sachen kann absolut nichts gerichtet werden, blos bei Dreieck und Viereck können Gebäulichkeiten erzielt werden, die jede Ewigkeit tragen."

Ein zweiter Brief von ihm, datirt vom 4. Januar 1889, lautet: Wertester Herr Pf! Ich danke Ihnen vielmals für das überschickte Christkindle. Ich habe nur staunen müssen, dass es Ihnen möglich war so viel Backwerk zu schicken, und vollends solches, das einen so enormen Zuckergehalt hatte. Was die lieben Nüsse betrifft, so habe ich dieselben nicht aufgeklopft, sondern an die liebe Wand gegeben, damit die Schaalen auch mitgegessen werden können. — Man könnte sich im lieben Zwiefalten in der Bäckerei sehr wohl regen, aber man bringt den lieben Augenschein nicht so gut hin, und es geht auch zu geschlechtlich her bei solchen Christtagsfiguren, wie sie vom lieben O. aus hieher geschickt worden sind, und wenn die Sache specifisch geht, so ist eben auch der Appetit ein anderer als bei O. Gerade die comestible Sache macht bei O. die Hauptsache aus, denn wenn es zu viele Kinder giebt, so geht die Sache zu persönlich und nicht gegenständlich genug. Die Hauptsache war übrigens von jeher das, dass man den Augenschein in Zwiefalten nicht so gut richten konnte wie in O., wenn von Christtagssachen die Rede ist. — Uebrigens hat man eben auch in Zwiefalten zuviele grosse Sachen. Man baut im lieben Zwiefalten gar viel, die Gänge werden verbaut und es werden Verschläge ausgefertigt; und zu der Zeit, als man in Schorndorf war, kam man dem verkehrten Dreieck auf den Sprung, und baut immer fort nach dem verkehrten Dreieck, und macht eine mächtige Zeit fort, bis aus dem verkehrten Dreieck ein gutes regelmässiges Viereck wird, ein Unternehmen, das eine sehr lange Zeit fortdauert, denn das verkehrte Dreieck kommt immer wieder, hilft aber unglaublich zu dem grossen Unternehmen, um die ganze Erdscheibe herumzukommen, und aus der lieben Erdscheibe eine Insel zu machen, denn sonst könnte man die Sache nicht betreiben, sondern müsste einschlafen und die ganze Sache thäte zusammenschnappen. Natürlich muss unglaublich gebaut werden, denn nächstens kommt das Wasser von Ulm, und wenn es einmal hier ist, so giebt es eine grosse Wasserstrasse zwischen hier und Ulm, die sodann um die ganze Sache herum geht, so dass die Teichel und Rinnen alle voll werden, und sich das Wasser im Umwärts ansetzen kann, so dass mit guter Zeit und Frist eine Insel erzielt werden kann. Es versteht sich von selber, dass je mehr für diesen Zweck aus der lieben Erdscheibe eine Insel zu machen, gebaut wird, es desto besser ist, aber nicht zu leugnen ist, dass die 12 Inseln im Innern der Erde weidlich helfen und die liebe Natur der Kunst unglaublich nachhilft, so dass alles zu

Digitized by Google

seinem besten Ende geht. Diese 12 Inseln haben es wie die liebe Erdscheibe, man kann um diese 12 Inseln in der lieben Erde drinnen eben so gut herumgehen wie um die Erdscheibe selber; wenn aber sodann diese 12 Inseln sich wirklich machen wollen wie die liebe Erdscheibe, so ist das nicht im Mindesten möglich; sie gehen eben wieder ein, wie wir da aussen einmal fertig sind. Denn wenn die lieben Erdlöcher und Erdfälle ausgemauert sind, so kann die Sache nicht gevecht werden, sondern man kann mit voller Forçe um die liebe Erdscheibe herumgehen. Diese Inseln haben hauptsächlich wie die liebe Erde Fackeln und Kanonen. Die Fackeln sind fürs Auge und die Kanonen fürs Ohr. Ohne Fackeln und Kanonen hätte man natürlich nichts richten können, denn wie sollte man wachen können ohne Fackeln und Kanonen? Natürlich war von jeher das Wasser das wahre Zeitliche, und von jeher konnte blos bei Wasser gewacht werden; beim Feuer, wenn es noch so gut gegangen wäre, wäre man eingeschlafen; aber beim Wasser auf keinen Fall; denn das liebe Wasser hat eine unglaubliche Cohäsion. — Was die lieben Fackeln und Kanonen betrifft, so kommen diese beiden Sachen gleich nach dem Wasser; denn ohne Licht und Knall kann nicht gewacht werden, und ohne Wasser hätte man nicht im Mindesten aufwachen können, sondern das ganze Menschenwesen wäre leider Gottes wieder eingegangen. Weder Affe noch Immortellen noch Viehmenschen hätten helfen können. Was die lieben Affen betrifft, so sind solche so nothwendig oder noch nothwendiger als die Immortellen und Viehmenschen. Denn die lieben Immortellen und Viehmenschen können bloss von Mücken und Elephanten gemacht werden, und Mücken und Elephanten haben ganz merkwürdige Rüssel, welche man sonst in der lieben Aeonenzahl nicht vorfindet."

Der grosse Wechsel der Wahnideen dieses Patienten wird aus den oben stehenden anamnestischen Angaben aus seinen Briefen genügend ersichtlich sein. Weitere Briefe von ihm, die wieder ganz neue in den unglaublichsten Sphären der Mathematik, Philosophie, Architektur, Astronomie etc. sich bewegende Wahnideen enthalten, weisen zur Genüge das Nichtfixirtsein seiner Wahnideen auf.

Leider muss ich, um nicht ungebührlich viel Raum zu beanspruchen, auf die Wiedergabe dieser den Wechsel seiner Wahnideen ebenso trefflich charakterisirenden Briefe verzichten.

Ich glaube durch die im Vorstehenden gegebenen Krankengeschichten, welche ich speciell nach dieser Richtung hin untersucht und ausgearbeitet habe, die Thatsache der Variabilität der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen genügend illustrirt zu haben.

Nur zwei Gegenstände möchte ich am Schlusse meiner Arbeit noch besprechen.

Erstens einmal ist es mir bei meinen Untersuchungen, die sich

Digitized by Google

auf eine grosse Anzahl von Kranken erstreckt haben, aufgefallen, dass sich die Kranken in ihren Briefen und sonstigen Schriftstücken zwar oft sehr eingehend über ihre Wahnvorstellungen äussern, über ihre Sinnestäuschungen dagegen nichts oder nur sehr wenig darin beizubringen pflegen. Diese Erscheinung ist mir namentlich bei solchen Kranken sehr auffallend gewesen, welche viele Sinnestäuschungen produciren und diese, wenn sie mündlich darüber befragt werden, auch gerne schildern. Man kann oft in den Schriftstücken der Kranken lange Zeit hindurch eine mehr oder weniger variirende Wahnvorstellung verfolgen, ohne irgend einmal dabei zu erfahren, dass sie auf einer Sinnestäuschung beruht, und man erfährt dies in vielen Fällen auch sonst nicht, wenn man nicht ausdrücklich die bezüglichen Fragen stellt. Einmal ist es mir begegnet, dass mir ein Kranker unaufgefordert von seinen Sinnestäuschungen erzählte, sich aber lange Zeit weigerte die Sache aufzuschreiben, bis er dann nach mehreren Wochen erklärte, er wolle es nun thun, denn er sei ja doch in einer Irrenanstalt, und da habe es ja keinen Werth.

Fürs zweite möchte ich die Bemerkung machen, dass es mir meine Untersuchungen über den im Vorstehenden behandelten Gegenstand zweifellos gemacht haben, dass die Variabilität wenigstens der Wahnvorstellungen bei den einzelnen Kranken im Lauf der Zeit desto mehr zunimmt, je mehr ihre Intelligenz, speciell ihre Kritik, sinkt. Diese Thatsache erscheint auch als psychologisch leicht verständlich, wenn man den Umstand ins Auge fasst, dass mit Abnahme der Intelligenz ein Beherrschen und systematisches Einfügen phantastischer Vorstellungen nothwendig nachlassen muss. Dies schliesst dann in gewissem Sinne und nach gewissen Richtungen hin wieder an die Verhältnisse an, wie sie bei manchen acuten pathologischen Zuständen mit stärkerem Variiren der Delirien gegeben sind.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Director *Koch* für die freundliche Unterstützung, die er mir bei meiner Arbeit zu Theil werden liess, und für die gütige Ueberlassnng der Fälle hiermit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Digitized by Google

Ueber einen Fall von doppelseitiger Hemianopsie mit Seelenblindheit, Photopsien und Gesichtstäuschungen[1]).

Von

Dr. **Vorster**, II. Arzt in Stephansfeld.

(Hierzu 1 Abbildung.)

Die Lehre von der Seelenblindheit ist erst in der Entwickelung begriffen. Fälle von reiner Seelenblindheit im *Munk*'schen Sinne sind ausserordentlich selten. Weitere Beiträge zur Klarlegung der Lehre sind sehr wünschenswerth. Zu diesem Zwecke geschieht im Wesentlichen die Mittheilung des folgenden, auch sonst in mannigfacher Hinsicht interessanten Falles.

B... Albert, 49 Jahre alt, Fabrikdirector, wurde am 25. August 1891 in Stephansfeld aufgenommen.

Anamnese: Ein Bruder starb vor einigen Jahren in Stephansfeld an progressiver Paralyse. Weitere Fälle von Geistesstörung sind in der Familie nicht bekannt. Kein Potus. Keine syphilitische Infection nach eigener Angabe. Keine schwereren körperlichen Erkrankungen. Vater von 5 gesunden, erwachsenen Kindern.

Vor 4 Jahren wurde Patient zum erstenmale von einem Schlaganfalle betroffen. Dieser hatte Gefühllosigkeit sowie schmerzhafte Empfindungen in der rechten Gesichtshälfte und dem rechten Arme zur Folge. Das rechte Bein blieb frei. Das Bewusstsein war nicht gestört. Die Störungen glichen sich allmählich völlig aus.

Im Februar 1890 hatte Patient einen zweiten Schlaganfall, während er nach einer Gemeinderathssitzung mit seinen Gemeinderäthen in einer

---

[1]) Nach einem auf der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte zu Karlsruhe gehaltenen Vortrage.

Digitized by Google

Wirthschaft sass. Ohne Beeinträchtigung des Bewusstseins hatte er plötzlich das Gefühl von Taubheit in der ganzen rechten Körperhälfte. Zugleich machten sich schmerzhafte Empfindungen bei Berührung der rechten Seite bemerkbar, besonders verursachte die Berührung der Kopf- und Barthaare rechterseits ein lebhaftes Gefühl von Stechen und Brennen. Sprach- oder Schreibstörungen wurden nicht beobachtet. Dagegen scheinen unbestimmte Störungen des Gesichtssinns damals bestanden zu haben. Diese gaben dem Patienten Veranlassung seine Augen von einem Arzte, einem Nichtspecialisten, untersuchen zu lassen. Die Untersuchung ergab ein negatives Resultat. Eine perimetrische Gesichtsfeldaufnahme wurde dabei nicht vorgenommen. Die Sensibilitätsstörungen besserten sich erst nach monatelanger Behandlung mit elektrischen Bädern und Jodkali.

Am 20. Juni 1891 stellte sich dann auf einer Reise der dritte Schlaganfall ein. Diesmal war nach Aussage des Arztes das Bewusstsein anfangs völlig aufgehoben. Nach 12 Stunden fing Patient an auf etwas energische Reize zu reagiren; durch längeres Zureden war er zu vereinzelten verständigen Antworten zu bringen. Die linke Seite war völlig gelähmt. Bewegungen mit dem linken Arme und Beine nicht ausführbar, linksseitige Facialisparese. Nadelstiche wurden links nicht gefühlt. Die rechte Körperseite war frei. Bei Nadelstichen in die rechte Fusssohle zog Patient das rechte Bein an sich. Nach cr. 3 Tagen waren die Reflexe wieder normal.

Ferner bestand seit dem Anfalle vollständiger Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen. Patient konnte nicht die Sonne, nicht das Licht auf dem Tische sehen. Er wusste nicht, ob es Tag oder Nacht war. Erst nach Ablauf von 8 Tagen nahm der Kranke die ersten Lichtempfindungen wahr; er sprach vom schönen Mondschein, als seine Umgebung die Befürchtung hegte, die hell in das Zimmer scheinende Mittagssonne möchte ihm unbequem sein.

14 Tage nach dem Anfalle wurde bemerkt, dass Patient links von ihm befindliche Gegenstände nicht sah. Er sah z. B. bei Tisch nicht sein links neben ihm stehendes Weinglas und wollte daher immer das Glas seiner rechts neben ihm sitzenden Frau nehmen. Zugleich zeigte sich, dass Patient, der früher Farben genau unterscheiden konnte, farbenblind war. Roth- und Weisswein konnte er nicht mit dem Gesicht, aber wohl mit dem Geschmack unterscheiden. Bei der Untersuchung fand sich der Farbensinn völlig aufgehoben.

Dagegen war die Sehschärfe theilweise wiedergekehrt. Patient erkannte Sn 18 bei 60 cm Entfernung, kleinere Buchstaben unterschied er auch in grösserer Nähe nicht mehr. Der in den ersten 4 Wochen nach dem Anfalle behandelnde Arzt nahm in dieser Zeit keine Erscheinungen von Seelenblindheit oder Gesichtstäuschungen wahr.

Nach Ablauf von 4 Wochen reiste Patient nach Hause und kam in die Behandlung seines früheren Hausarztes. Dieser ertheilte mir auf Befragen folgende nähere Auskunft über den damaligen Zustand des Kranken: „Pa-

Digitized by Google

tient war am 20. Juli, als ich ihn zum erstenmale wiedersah, durchaus bei Bewusstsein. Nur machte sich bei anhaltendem Gespräche eine deutlich vorzeitige Ermüdung bemerkbar. Er suchte auch manchmal nach einem geeigneten Worte, ohne es finden zu können. Er klagte über häufig auftretenden Kopf- und Rückenschmerz. Letzterer besonders war sehr häufig und peinlich und pflegte anfallsweise aufzutreten. Der Farbensinn war absolut aufgehoben, die Sehschärfe war sehr beeinträchtigt. Gleich nach dem Anfalle war er ganz blind; nach und nach besserte sich das Sehvermögen, genaue Gesichtswahrnehmungen hatte er aber nicht mehr. Seine gegenwärtige Seelenstörung entwickelte sich darauf ganz langsam und zwar meines Erachtens auf Grund der abnormen Gesichtsempfindungen. Er sah Gegenstände, erkannte dieselben aber nicht. Die Objecte, welche ihm am bekanntesten waren, erkannte er nicht mehr. Die Folge davon war, dass er alle Leute anklagte, die Gegenstände seiner Haushaltung verstellt oder in ihrer Gestalt verändert zu haben. Er sah von der Mauer, von dem Plafond, vom Fussboden allerlei emporwachsen. Er erzürnte sich sehr darüber, dass eine Gesellschaft von Feinden sich gegen ihn verschworen hatte, ihm seine Haushaltung in Unordnung zu bringen. Er wurde tobsüchtig und hat mich einmal mit einem schweren eisernen Tintenfass zu schlagen gedroht."

Dieser Bericht des Arztes wird von der Frau des Patienten noch dahin vervollständigt. Dem Kranken erschien Alles verändert. Sein eigenes Bild im Spiegel erschien ihm verändert. Er meinte, wenn er sich im Spiegel sah, er hätte Haare auf der Stirne und fuhr mit der Hand über die Stirn, um sich zu orientiren. Seine Angehörigen kamen ihm fremd vor, wenn er sie ansah. Erst, wenn er ihre Stimme hörte, erkannte er sie. Seine Wohnung erschien ihm fremd; er verlangte, während er zu Hause war, nach Hause geführt zu werden. Er klopfte an den Tisch und fragte: Was ist das für eine Maschine? Er sagte zu seiner vor ihm stehenden Frau, er sähe sie wie einen glänzenden Körper mit 2 Armleuchtern. Er äusserte, es sei komisch, er sehe Alles krumm und gebogen, auch die Möbel. Dabei zeichnete er mit dem Finger in der Luft die Formen der Möbel nach. Er liess sich Papier geben, um die Gegenstände abzuzeichnen, unterliess es jedoch wegen augenblicklicher Ermüdung.

Der Kranke konnte sich in seinem von ihm seit cr. 20 Jahren bewohnten Hause nicht mehr zurecht finden. In seinem Wohnzimmer, welches 3 Thüren hatte, konnte er nicht die Thür finden, welche zu seinem nebenanliegenden Schlafzimmer führte. In seinem Schlafzimmer fand er sein Bett nicht. Auf der obersten Treppenstufe angelangt, war er nicht im Stande allein die etwa 2 Schritte geradeaus liegende Thür des Wohnzimmers zu erreichen. Gefragt, ob er die Bilder an der Wand, ob er die Bäume im Garten sähe, gab er zur Antwort: Ich sehe etwas, aber ich weiss nicht, was es ist.

Beim Anziehen konnte er ohne Beihülfe nicht fertig werden, er ver-

Digitized by Google

wechselte Rock und Hosen, indem er bald den Rock an die Beine, bald die Hose an die Arme ziehen wollte.

In der Zeitbestimmung konnte Patient sich gar nicht zurecht finden. Besonders, wenn er aus dem Schlafe erwachte, konnte er sich nicht zeitlich orientiren. Er schlief nach dem letzten Anfalle des Nachmittags gewöhnlich von 2—4, wachte er nun auf, so meinte er, eine ganze Nacht wäre herum, und war der Ansicht, Leute, welche kurz vor dem Nachmittagsschlafe bei ihm zu Besuch waren, seien am vorhergehenden Tage dagewesen.

Er sah Gegenstände, die thatsächlich nicht da waren. Er sah glänzende seidene Fäden durch das Zimmer gehen, sah eiserne Hacken in der Luft und auf den Kleidern. Die Wände sah er mit Blumenbouquets besetzt, sah überall rohen Schinken. Er fragte, auf sein Bett zeigend: „wie kommt es, dass man mich auf rohen Schinken lagert". Er sah Einbrecher und holte seinen Revolver, um sie zu erschiessen. Er gelangte zu der Wahnidee, seine Söhne wollten ihm in der Fabrik schaden, er solle von Hunden aufgefressen werden. Wegen der tobsüchtigen Erregung war ein längerer Aufenthalt zu Hause nicht durchzuführen, und Patient wurde so 2 Monate nach dem Anfalle nach Stephansfeld gebracht.

Bei der Aufnahme macht Patient folgenden Eindruck: Mässig grosse, gracil gebaute Statur, dürftiger Ernährungszustand. Gewicht 57 Kilo. Leidender, bekümmerter Gesichtsausdruck. Kachectische Hautfarbe. An beiden Unterschenkeln als luetisch verdächtige Hautnarben. Patient ist in seiner äusseren Haltung sehr hinfällig, hält sich nur mit Unterstützung aufrecht. Gang mühsam, jedoch werden beide Beine gleichmässig gebraucht. Sprache ist langsam, aber deutlich. Patient versteht alles, was man ihm sagt.

Vorstellungsablauf sehr verlangsamt. Die geistige Combinationskraft scheitert an einfachen Rechenexempeln. Patient bringt es nur mit grosser Mühe fertig, das Alter seiner Kinder sowie das Jahr seiner Verheirathung auszurechnen. Bei der körperlichen Untersuchung verwechselt er oft rechts und links.

Active und passive Beweglichkeit in sämmtlichen Gelenken nicht eingeschränkt. Die grobe motorische Kraft in Armen und Beinen in Uebereinstimmung mit der dürftigen Musculatur mässig schwach, ohne dass sich jedoch Differenzen zwischen den beiden Körperseiten nachweisen liessen.

Gesichtsfalten sind links leicht abgeflacht.

Pupillen gleich, prompte Lichtrefaction.

Zunge grade, ohne Tremor vorgebracht.

Kein Tremor der Hände.

An der rechten Körperseite keine Sensibilitätsstörungen nachweisbar. In der linken Gesichtshälfte, besonders an der linken Stirnseite, ist die Schmerzempfindung deutlich herabgesetzt. Patient empfindet daselbst Nadelstiche, welche rechts als deutlich schmerzhaft bezeichnet werden, nur als Berührung. Ferner erscheint die Fähigkeit der Localisation der Empfindung

Digitized by Google

an den Fingern und Zehen linkerseits entschieden ungenauer wie rechts. Patient verlegt Nadelstiche, welche den linken grossen Zehen getroffen haben, nach dem linken kleinen Zehen und umgekehrt. Rechts irrt sich Patient allerdings auch zuweilen, jedoch entschieden seltener. Gröbere Temperaturunterschiede werden allenthalben richtig erkannt. Das Gefühl für die Lage der Glieder ist erhalten. Patellarsehnenreflexe beiderseits lebhaft. Sohlenreflexe erhalten. Cremasterreflexe nicht zu erzielen. Bauchreflexe prompt.

Deutliches Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen sowie beim Gehen.

Sehschärfe auf beiden Augen herabgesetzt. Patient liest Sn. 9 in 50 cm Entfernung; kleinere Schrift zu lesen bringt er nicht fertig. Bulbi sind freibeweglich. Bei der ophthalmoskopischen Untersuchung fand ich an den brechenden Medien und dem Augenhintergrunde nichts Abweichendes. Eine Controle meines Untersuchungsbefundes durch einen Specialisten war aus äusseren Gründen nicht durchführbar. Bei grober Prüfung des Gesichtsfeldes durch Vorhalten von Fingern, indem das eigene Gesichtsfeld als Maassstab diente, erwiesen sich die linken Gesichtsfeldhälften als völlig ausgefallen, die rechten als wesentlich eingeschränkt. Der Farbensinn war völlig aufgehoben.

Bei der Prüfung mit vorgehaltenen Gegenständen macht sich das Bestreben des Patienten, Alles befühlen zu wollen, auffallend bemerkbar. Die Antworten erfolgen nicht prompt, sondern zögernd. Sehr häufig sagt Patient: Ich sehe nicht genau oder: Ich sehe etwas, aber ich weiss nicht, was es ist.

Ein ihm vorgehaltenes, geöffnetes Taschenmesser bezeichnet er als „Bleistift". Wie er das Messer jedoch geräuschvoll zuschnappen hört, sagt er sofort „Taschenmesser".

Ein Tafelmesser erkennt er als solches. Es wird jedoch häufig bei Tisch bemerkt, dass Patient den Rücken und die Schneide des Messers verwechselt, indem er mit der stumpfen Rückenseite sein Fleisch zu zerkleinern sucht.

Eine in einem Metallbogen von der Decke herabhängende Lampe hält er für eine „Säge", dann für eine Maschine aus Holz. Er geht hin, befühlt sie und erkennt sie als Lampe. Bilder, die an der Wand hängen, erkennt Patient als solche. Gefragt, was sie darstellen, antwortet er: Ich sehe es nicht genau.

Zu einem Herrn, der eine Zeitung in einer Entfernung von dem Patienten von etwa 6 Schritt liest, sagt Patient: Lesen Sie einen Brief? Die Aerzte erkennt er nicht am Gesicht, sondern erst an der Stimme.

Beim Anziehen verwechselt Patient häufig Rock und Hose, will seinen Rock an die Beine ziehen.

In seinem Bette findet er sich oft nicht zurecht und will sich mit dem Kopf an das Fussende legen.

Er ist unfähig die Thür seines Nachttisches allein zu finden.

Digitized by Google

In seinem Zimmer findet er sich ohne Beihülfe nicht zurecht. Er steht anfangs besonders des Nachts häufig auf und will fort, kann jedoch die Stubenthür (das Zimmer hat nur 1 Thür) nicht finden.

Ist er aufgestanden und hat die Absicht sich wieder in sein Bette zu legen, so schlägt er nicht die Richtung nach dem Bette direct ein. Er geht vielmehr gerade aus in der Richtung, wohin er zufällig sieht, geht dann so weit, bis er einen Gegenstand antrifft, befühlt diesen und sucht sich nun zu orientiren, ein Versuch, der ohne Beihülfe meistens erfolglos bleibt.

Eine Thurmuhr sieht und erkennt Patient, ist jedoch nicht fähig, ihre Zeitangabe abzulesen. Auf der Taschenuhr bringt Patient es fertig; es dauert jedoch lange, bis er sich zurecht gefunden hat.

Patient liest grosse Schrift Sn 9 buchstabirend, als wenn er nie flüssig hätte lesen können.

Das Schreiben fällt ihm sehr beschwerlich [1]). Das Geschriebene ist stellenweise nicht zu entziffern. Dabei macht sich die interessante Beobachtung bemerkbar, dass Patient entsprechend seiner linksseitigen Hemiopie im Wesentlichen nur die rechte Seite des Briefbogens beschreibt, während er die linke Seite, die er im Anfang des Briefes berücksichtigt, nach wenigen Zeilen ganz unbeschrieben lässt. Den rechten Bogenrand sieht Patient zweifellos ganz genau, er schreibt mehrere Worte in verticaler Richtung an Rande entlang. Es macht im ganzen den Eindruck, als fehle dem Patienten die Orientirung auf seinem Briefbogen. Der Abstand der Zeilen unter einander ist sehr unvollkommen gewahrt; ihre Richtung auch oft nicht eingehalten. Die Worte sind oft wiederholt. Einzelne Buchstaben sind klar und deutlich, andere bis zur Unkenntlichkeit gekritzelt. Bald sind Buchstaben ausgelassen bald zu viel da. Die Zeilen enthalten eine Unmenge Correcturen, ohne jedoch immer inhaltlich verständlich zu werden. Dabei muss besonders erwähnt werden, dass Patient früher eine schöne, fliessende Schrift schrieb, wie es seinem Berufe und seiner Stellung nach ja auch nicht anders sein konnte.

Der Gehörs-, Geruchs- und Geschmackssinn weisen auf keiner Körperseite Störungen auf.

An den übrigen inneren Organen fand sich nichts Abweichendes.

Anfangs klagte Patient über sehr lebhafte, anfallsweise auftretende Rückenschmerzen zwischen den Schulterblättern. Aeusserlich war daselbst nichts Auffallendes zu sehen. Die Wirbelsäule frei beweglich. Bei Druck eine mässige Hyperästhesie der Processus spinosi zwischen den Scapulae.

Von irgend welcher tobsüchtigen Erregung war hier bei dem Patienten Nichts zu bemerken. Er war mässig ruhig und geordnet, etwas missmuthiger, deprimirter Stimmung. Er gab sehr ungern Auskunft über sich. Ihm war es am liebsten, wenn er in Ruhe gelassen wurde. Er fühlte sich matt

[1]) Er schreibt jedoch aus dem Kopfe wie nach Dictat alle Buchstabenzeichen richtig nieder.

Digitized by Google

und müde. Dieser Umstand trat bei der Untersuchung mit vorgehaltenen Gegenständen sowie bei der perimetrischen Untersuchung sehr störend zu Tage.

Von seinen Gesichtstäuschungen war Patient noch nicht frei. Er sah in seinem Bette Jemanden neben sich liegen, rückte deshalb bei Seite und sagte: Ich muss doch dem da Platz machen.

Auf seinem Sopha sah er Frauen sitzen, in seinem Zimmer sah er 2 Männer mit Bauernblusen sowie 2 Särge. Einigemale meinte er, er liege auf rohem Schinken.

Er sah in seinem Zimmer Bäume stehen. Dabei muss jedoch bemerkt werden, dass dicht vor seinem Fenster Bäume standen.

Ein anderesmal sah Patient einen Kirchendom vor sich.

Die glänzenden seidenen Fäden, die er zu Hause so viel gesehen hatte, sah Patient hier mehrfach durch sein Zimmer ziehen.

Wahnideen wurden hier nicht mehr geäussert.

Hallucinationen in den übrigen Sinnen wurden nicht bemerkt.

In den ersten 14 Tagen seines Hierseins stand Patient häufig des Nachts auf und ging tastend in seinem Zimmer umher. Er hatte dabei die Absicht sich zu entfernen, konnte aber seine Zimmerthür nicht finden.

Allmählich erholte der Kranke sich. Die Gesichtstäuschungen liessen nach, die Stimmung wurde eine freiere, das Interesse an der Aussenwelt nahm zu.

Anfang October war auch das Unterscheidungsvermögen für Farben allmählich wiedergekehrt, Patient ist mit jedem Auge im Stande, buntfarbige Papierschnitzel richtig nach den Farben zu ordnen sowie ihre Farben anzugeben. Selten, anscheinend durch trübe Beleuchtung oder Ermüdung verursacht, kommen noch einzelne Irrthümer vor. Blau bezeichnet Patient meistens schneller und sicherer wie die andern Farben.

Die Sehschärfe betrug seit Anfang October links $= {}^{6}/_{18}$, rechts mit Hülfe von concav $18 = {}^{6}/_{24}$. Seit Anfang October nahm ich perimetrische Untersuchungen vor mittelst eines 12theiligen hemisphärischen Reifenperimeters mit centraler Fixation. Als Object diente eine weisse Scheibe von ${}^{3}/_{4}$ cm Durchmesser. Die Grenzen des Gesichtsfeldes für Farben wurden mit bunten Papierquadraten von ${}^{3}/_{4}$ cm Seitenfläche bestimmt. Als Resultat wiederholter Untersuchungen ergab sich, dass in den linken Gesichtsfeldhälften weder weiss noch Farben wahrgenommen wurden bis zu einer sehenden Zone, die den Fixirpunkt in einer Ausdehnung von 10^{0} umgab. In beiden rechten Gesichtsfeldhälften reichte der Ausfall für Farben ebenfalls bis in die Nähe des Fixationspunktes, während er für Weiss beiderseits um 40^{0} vom Fixirpunkt entfernt blieb. Die Trennungslinie verlief vertical. (Vergleiche die umstehenden Gesichtsfeldaufnahmen.)

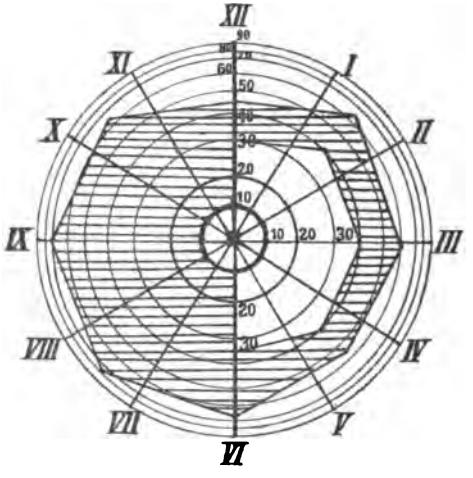
Wesentlich anders gestaltete sich eine Gesichtsfeldaufnahme bei unserm Patienten, wenn kleine weisse Papierscheibchen in Bewegungen versetzt wurden. Patient wurde dabei aufgefordert, die Richtung der Bewegung, ob vertical oder horizontal, anzugeben. Hierbei reichte das Gesichtsfeld des

Digitized by Google

rechten Auges nach rechts bis 80°, das Gesichtsfeld des linken Auges nach rechts bis 60°, das Gesichtsfeld beider Augen nach links bis 30°.

Gegenstände, z. B. Streichhölzer, Bleifeder, Messer, wurden nur im Bereiche des Fixationsgebietes deutlich erkannt. Ausserhalb desselben nahm Patient wahr, dass man etwas hinhielt, konnte es jedoch nicht erkennen.

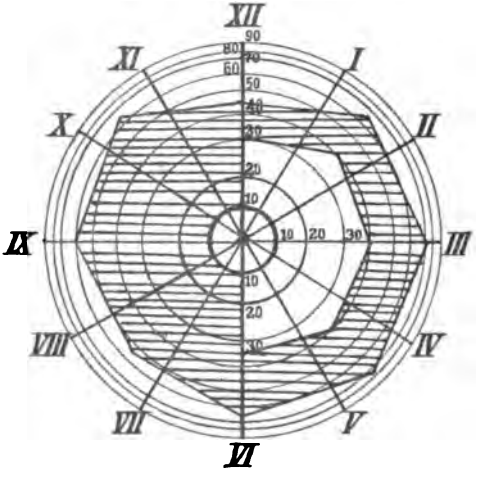
L. A. oben.



Farben wie Gegenstände wurden daher deutlich nur im Fixationsgebiet und einer kleinen Zone um dasselbe erkannt.

Bei der perimetrischen Untersuchung machte sich ebenfalls die ausserordentlich schnell auftretende Ermüdbarkeit des Patienten störend bemerkbar.

R. A. oben.



Gegen Mitte October hatte sich auch der Verlust der Schmerzempfindlichkeit an der linken Stirnseite zurückgebildet. Patient nahm einen Unterschied bei dem Stechen beider Stirnseiten mit der Nadel nicht mehr wahr. Nadelstiche an den linksseitigen Extremitäten wurden richtig localisirt.

Patient konnte jetzt auch die Zeitangabe auf der Thurmuhr erkennen. Die Orientirung im Garten und auf den Spaziergängen machte noch immer Schwierigkeiten. Hatte Patient im Walde die Landstrasse erreicht, so fühlte er sich sicher und konnte sich allein nach Stephansfeld zurecht finden, da er nur der Strasse nach zu gehen brauchte. Ohne diese Landstrasse hätte er sich nicht zurecht gefunden, wiewohl er die Wege schon häufig gegangen war.

Digitized by Google

Patient giebt an, er sei immer im Stande gewesen, sich das Bild seiner Frau und seiner Kinder deutlich vor Augen zu stellen. Auch in seinen Träumen ist ihm ein Verlust oder eine Abnahme von bildlichen Vorstellungen nicht aufgefallen.

Die Schrift ist wieder völlig fliessend. Kleine Zeitungsschrift zu lesen bringt Patient fertig, jedoch langsam. Er spielt gut Billard.

An die Zeit seiner tobsüchtigen Erregung hat Patient nur eine sehr ungenaue Erinnerung. Er bezeichnet seinen damaligen Zustand fortgesetzt als einen traumhaften; es sei ihm wie im Traum gewesen. Er habe geglaubt, er halte sich in einem unterirdischen Gewölbe auf, kein Licht war da, alles dunkel. Er habe sich in einer Art Magazin befindlich geglaubt, dies sei mit allerhand fremden Gegenständen angefüllt gewesen. Er habe Lärm gehört, habe Leute sprechen hören und habe zu ihnen gesagt: Thun sie mich heraus aus dem Gewölbe. Seines aggressiven Verhaltens erinnert er sich nicht genau.

Von seinen subjectiven Gesichtswahrnehmungen sind ihm besonders die glänzenden seidenen Fäden noch deutlich gegenwärtig. Er erinnert sich ebenfalls noch sehr genau, dass er glaubte, er liege auf rohem Schinken. Letzteren habe er gesehen und gerochen. Auch die eisernen Hacken sind ihm noch erinnerlich.

Am 10. November 1891 wurde Patient als genesen entlassen. Während des $2^1/_2$ monatlichen Hierseins hatte das Körpergewicht um 15 Pfund zugenommen.

Um das Krankheitsbild noch einmal kurz zusammenzufassen, so tritt bei dem Patienten anfallsweise unter Bewusstseinsstörung eine motorische und sensibele Lähmung der linken Körperseite sowie Amaurose auf beiden Augen ein. Während die linksseitigen Motilitätsstörungen sich binnen wenigen Tagen zurückbilden, bleiben partielle Empfindungslähmungen der linken Seite Monate lang fortbestehen. Die Amaurose löst sich nach 8 Tagen scheinbar in eine linksseitige laterale Hemiopie auf mit starker Herabsetzung der Sehschärfe und völliger Farbenblindheit — bei der späteren perimetrischen Untersuchung fand sich jedoch eine doppelseitige Hemiopie. Allmälig treten Erscheinungen, die auf Seelenblindheit hinweisen, auf, dann Photopsien sowie massenhafte Sinnestäuschungen im Bereiche des Gesichtssinns. So entwickelt sich eine acute hallucinatorische Verwirrtheit. Mit dem Nachlasse der Hallucinationen wird das Bewusstsein freier. Allmälig schwinden Seelenblindheit, Farbenblindheit, bessert sich die Sehschärfe. Die hemiopischen Störungen bestehen in verminderten Umfange bei der Entlassung — ca. 5 Monate nach dem Anfalle — noch fort.

Digitized by Google

Das vorliegende Krankheitsbild entspricht in seinen Grundzügen — den linksseitigen sensorisch-sensibelen Störungen — dem klinischen Bilde der cerebralen Hemianästhesie. Zweifellos handelt es sich um eine organische und nicht um eine functionelle Störung. Dafür spricht die Plötzlichkeit des Eintritts, das stationäre Verhalten der sensorischen und cutanen Sensibilitätsstörungen, ferner die allmälig fortschreitende, kein launenhaftes Verhalten zeigende Besserung. Gesichert ist der Nachweis des anatomischen Charakters der Läsion durch den Befund der lateralen homonymen Hemiopie und die auf Seelenblindheit hinweisenden Erscheinungen.

Ein näheres Eingehen auf die viel discutirten Sehstörungen bei Hemianästhesie würde mich zu weit führen. Auch berücksichtige ich nicht weiter die von *Thomsen* und *Oppenheim*[1]) zuerst beschriebene, bei functionellen Psychosen vorkommende sensorische Anästhesie. Es handelt sich ja bei unserm Kranken nicht um sensorisch-sensibele Störungen bei einem Geisteskranken, vielmehr ist die Psychose erst im Anschlusse an die Sensibilitätsstörungen entstanden.

Was die Würdigung der Herdsymptome angeht, so sind die rasch vorübergehenden hemiplegischen Erscheinungen sowie der grösste Theil der cutanen Sensibilitätsstörungen indirect bedingt. Die Analgesie der linken Stirnhälfte sowie die Störungen des Ortssinns an den linksseitigen Fingern und Zehen machen bei ihrer längeren Dauer eine directe Läsion der betreffenden centralen Bahnen wahrscheinlich. Der homonymen linksseitigen Hemiopie liegen zweifellos schwere directe Läsionen der centralen hinter dem Chiasma gelegenen Opticusbahnen zu Grunde.

Die hemianästhetischen Erscheinungen allein genügen jedoch nicht zur Erklärung des Falles. Der Kranke war in den ersten Tagen nach dem Anfalle nicht hemiopisch, sondern auf beiden Augen vollkommen amaurotisch. Erst nach 8 Tagen hatte er die ersten ungenauen Lichtempfindungen. Er sprach damals vom schönen Mondscheine, als seine Umgebung die Befürchtung hegte, die hell in das Zimmer scheinende Mittagssonne könnte ihm lästig sein. Nach weiteren 8 Tagen wurde eine linksseitige Hemiopie von der Umgebung bemerkt. Nach 3 Monaten fand sich dann bei

[1]) Archiv f. Psych. XV p. 559.

Digitized by Google

genauer Untersuchung mit dem Perimeter auch eine symmetrische periphere Einengung der rechten Gesichtsfeldhälften. Es fragt sich: Wie ist die ursprüngliche Amaurose zu erklären?

Eine concentrische Einengung der erhaltenen Gesichtsfeldhälften findet sich häufig bei homonymer Hemiopie. Diese ist nicht etwa durch eine Läsion der die betreffenden Gesichtsfeldtheile versorgenden centralen Bahnen verursacht, sondern stellt eine functionelle Störung dar. *Gowers*[1]) macht darauf aufmerksam, dass diese periphere Reduction beträchtlich und von langer Dauer sein kann. Er fügt zur Illustration eine entsprechende Gesichtsfeldaufnahme mit sehr erheblicher Reduction bei, welche bereits 12 Jahre lang fortbestand.

Um eine derartige Gesichtsfeldeinengung kann es sich jedoch bei unserm Patienten nicht handeln, die 8tägige Amaurose würde dadurch ihre Erklärung nicht finden. Die Amaurose erfordert in Uebereinstimmung mit den späteren perimetrischen Befunden die Annahme einer doppelseitigen Erkrankung. Die Amaurose ist im Grunde der Effect einer linksseitigen und einer rechtsseitigen Hemiopie.

In der Literatur finden sich nur wenige sichere Beobachtungen von doppelseitiger Hemiopie mitgetheilt. Sie kann sein einmal das Resultat zweier gleichzeitig auf beiden Seiten auftretender Läsionen. So in dem Falle von *Wilbrand*[2]) frl. G. Dieses Vorkommen findet seine Begründung darin, dass Hirnblutungen oder thrombotische Processe nicht ganz selten gleichzeitig an ungefähr symmetrischen Stellen beider Hemisphären stattfinden.

Meistens jedoch ist die doppelseitige Hemiopie als das Ergebniss von zwei zeitlich getrennt eingetretenen Läsionen aufzufassen, indem durch den ersten Insult die centralen Opticusbahnen auf der einen, durch den zweiten die auf der andern Seite betroffen wurden. Bezüglich der einschlägigen Literatur verweise ich auf die Arbeit von *Grönouw*[3]) sowie auf die weiteren Literaturangaben von *Gowers*[4]).

---

[1]) *Gowers*, Handb. der Nervenkrankheiten, übersetzt von *Grube*, Bd. II p. 153.

[2]) *Wilbrand*, Die Seelenblindheit als Herderscheinung p. 51.

[3]) Archiv f. Psychiatrie, Bd. XXIII p. 339.

[4]) l. c. p. 155.

Digitized by Google

Die meisten der seltenen Fälle von apoplectisch aufgetretener Blindheit sind jedenfalls so aufzufassen, dass zu einer bereits bestehenden, aber nicht bemerkten Hemiopie sich eine Hemiopie der gegenüberliegenden Seite hinzugesellt. Wie die Erfahrung zeigt, kann eine einseitige Hemiopie lange Zeit vom Patienten unbemerkt bestehen. Treten jedoch hemiopische Störungen der andern Seite hinzu, so kann der Effect dieser doppelseitigen Störung plötzlich als Blindheit in die Erscheinung treten. In diesem Sinne fasst *Wernicke*[1]) zwei einschlägige Beobachtungen von *Marcé* und *Quaglino* auf.

Es fragt sich: Ist bei unserm Patienten, der drei Insulte im Verlaufe von vier Jahren hatte, die doppelseitige Hemiopie als das Resultat zweier gleichzeitig oder zweier nacheinander eingetretener Läsionen aufzufassen? Um diese Frage mit Sicherheit zu entscheiden, wäre eine perimetrische Untersuchung vor dem letzten Insulte nothwendig gewesen. Diese fand nicht statt.

Dem muthmaasslichen Sitze der Läsionen nach zu urtheilen ist es sehr wohl möglich, dass einer der beiden ersten Anfälle eine rechtsseitige Hemiopie verursacht hat. Die beiden ersten Anfälle hatten ja eine rechtsseitige Hemianästhesie zur Folge. Während jedoch bei dem ersten Anfalle ein Hinweis auf sensorische Störungen nicht vorliegt, fühlt Patient sich nach dem zweiten Anfalle veranlasst seine Augen wegen unbestimmter Sehstörungen untersuchen zu lassen. Wenn diese Untersuchung, von dem betreffenden Arzte ohne Perimeter ausgeführt, resultatlos verlief, so beweist sie darum Nichts gegen die Annahme einer rechtsseitigen Hemiopie. M. E. ist es in hohem Grade wahrscheinlich, dass der zweite Anfall eine unbemerkt gebliebene rechtsseitige Hemiopie zur Folge gehabt hat. Durch den Hinzutritt der durch den dritten Anfall herbeigeführten linksseitigen Hemiopie kam dann die Amaurose zu Stande. Nach dem Schwinden der Amaurose mit der Zurückbildung der indirecten Herdsymptome blieb nur die linksseitige Hemiopie manifest, die rechtsseitige wurde von dem Patienten ebensowenig wie vor dem Anfalle beachtet und erst bei perimetrischer Untersuchung offenbar.

Hiergegen könnte der Einwand erhoben werden, die nach dem dritten Anfalle aufgetretenen Erscheinungen von Aphasie, Alexie und

[1]) *Wernicke*, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten, Bd. II p. 87.

Digitized by Google

Agraphie wiesen auf eine gleichzeitige Läsion der linken Hemisphäre hin. Unser Patient war Rechtshänder. Wie ich weiter unten zeigen werde, sind diese Symptome jedoch im vorliegenden Falle nicht als Herdsymptome zu verwerthen.

Bildet sich eine complete laterale Hemiopie zurück, so kann dies nach *Gowers*[1]) auf dreifach verschiedene Weise geschehen. Die Rückbildung erfolgt entweder von der Mitte nach der Peripherie zu, so dass eine symmetrische periphere Einengung zurückbleibt — dieser Modus hat in unserm Falle sowohl für die rechtsseitige wie die linksseitige Hemiopie stattgefunden — oder von oben nach unten, so dass ein Quadrant defect bleibt, oder von der Peripherie aus. Im letzteren, dem seltensten Falle bleiben symmetrische Skotome zurück, deren eines Ende in dem centralen Gebiete liegt.

Bezüglich der Intactheit der Gegend des Fixationsgebietes resp. der Aufhellung derselben verweise ich auf die Ausführungen von *Förster*[2]). Darnach beruht die bei homonymer Hemianopsie so häufige Abweichung der Trennungslinie nach der defecten Seite hin nicht auf einer Vermischung der Elemente beider Tractus optici in der Retina, sondern auf der günstigen Gefässversorgung der Stelle des schärfsten Sehens in der Occipitalrinde. —

Die auf Seelenblindheit hinweisenden Erscheinungen machten sich bei unserm Kranken auffallend erst nach Ablauf von 6 Wochen bemerkbar. Leider gestattete der psychische Zustand des Kranken, die Abnahme seiner intellectuellen Leistungsfähigkeit, seine Indifferenz bei den Untersuchungen sowie die ausserordentlich rasch eintretende Ermüdbarkeit nicht so umfangreiche Erhebungen, wie wohl wünschenswerth gewesen wären. Die erhaltenen Angaben gleichen in vielen Punkten oft völlig denen, die bei andern Fällen von Seelenblindheit erhoben sind. Der Kranke sah Gegenstände, aber erkannte sie nicht. Seine Angehörigen erkannte er nicht, wenn er sie ansah, sondern erst, wenn er ihre Stimmen hörte. Die Leute schienen ihm verändert, sein eigenes Bild im Spiegel erschien ihm verändert. Seine frühere Wohnung kam ihm fremd vor, er verlangte, während er zu Hause war, nach Hause geführt zu werden. Er verwechselte seine Klei-

[1]) l. c. p. 155.

[2]) Archiv f. Ophthalmologie, 36. Bd. p. 107.

Digitized by Google

dungsstücke, wollte seine Beine in seinen Rock stecken. Ein ihm hingehaltenes Messer bezeichnet er als Bleistift. Wie dasselbe jedoch geräuschvoll zuschnappt, sagt er sofort: Messer. Eine Lampe bezeichnet er beim Sehen als Säge, nachdem er sie betastet hat, jedoch richtig als Lampe. Dabei ist Patient jedoch im Stande, Buchstaben zu lesen. Allerdings ist die Sehschärfe sehr herabgesetzt, er las damals Sn 18 in 60 cm Entfernung. Er sah aber die Grenzen der Gegenstände und zeichnete sie in der Luft nach.

Gleichwohl handelt es sich nicht um einen Verlust der optischen Erinnerungsbilder, um Seelenblindheit im Sinne *Munk*'s.

Der Kranke ist jederzeit im Stande gewesen, sich das Bild seiner Frau, seiner Kinder und seiner Hausgeräthe vor sein geistiges Auge zu stellen. Das fremde Aussehen der Frau, Kinder und Hausgeräthe kann daher nicht durch den Verlust der optischen Erinnerungsbilder seine Erklärung finden. Ferner ist Patient fähig zu schreiben, er macht keine falschen Buchstabenzeichen. Dies ist ebenfalls nur unter der Voraussetzung möglich, dass die zugehörigen optischen Erinnerungsbilder intact sind. Schreiben ist ja ein Nachzeichnen aus der optischen Erinnerung.

Die auf Seelenblindheit hinweisenden Erscheinungen traten bei dem Kranken 6 Wochen nach dem Anfalle ein, als die ursprüngliche Amaurose geschwunden, als der Lichtsinn wiedergekehrt war, während jedoch noch Farbenblindheit bestand und die Sehschärfe sehr herabgesetzt war, d. h. zu einer Zeit, in der der Kranke noch zweifellos höchst ungenaue Gesichtswahrnehmungen hatte. Die Erscheinungen der Seelenblindheit schwinden in gleichem Verhältnisse, wie die Störungen des Farbensinns und der Sehschärfe sich ausgleichen, d. h. wie die Deutlichkeit der Gesichtswahrnehmungen zunimmt. Der Schluss liegt nahe, die Seelenblindheit sei abhängig von den Störungen der Gesichtswahrnehmungen.

Siemerling[1]) berichtet über einen Fall von sog. Seelenblindheit, der mit dem unsrigen eine gewisse Aehnlichkeit hat. Hier fand sich neben doppelseitiger Hemianopsie eine hochgradige Herabsetzung der Sehschärfe sowie Verlust des Farbensinns. Der betreffende Patient konnte die Gegenstände sehen, aber nicht erkennen. Erst wenn er sie anfasste, wusste er, was er vor sich hatte. Hier kehrte

[1]) Arch. f. Psych., Bd. XXI p. 284.

Digitized by Google

ebenfalls Hand in Hand mit der Besserung der Sehschärfe, mit der Wiederkehr des Farbensinns die Möglichkeit zurück, Gegenstände, sofort wenn er sie sah, richtig zu benennen. Diese Beobachtung veranlasste *Siemerling* zu folgendem Experiment: durch angefettete Brillengläser wurde eine Sehschärfe von $^1/_{30}$ (gleich der des Patienten) erzielt. Das Zimmer, in welchem der Versuch angestellt wurde, wurde durch Natriumlicht monochromatisch beleuchtet. Als Resultat ergab sich, dass es unmöglich war, einfache Gegenstände zu erkennen. Es gelang *Siemerling* so experimentell lediglich durch Herabsetzung der Sehschärfe und durch Monochromasie einen Zustand hervorzurufen, welcher dem der Seelenblindheit ähnlich war.

Betrachten wir von diesem neuen Gesichtspunkte aus die Aussagen unseres Patienten. Buchstaben und Zahlen von hinreichender Grösse bezeichnet er richtig. Für diese einfachen Formen genügt sein optisches Wahrnehmungsvermögen. Wird dagegen die Form complicirter, ist der Farbensinn zum Erkennen wesentlich, so machen sich Störungen bemerkbar. Er erkennt Personen nicht beim Sehen, sondern erst, wenn er ihre Stimme hört. Schon Kurzsichtige erkennen Personen oft leichter an der Stimme, wie am Aussehen. Wenn Patient einen Herrn, der eine Zeitung liest, fragt: Lesen Sie einen Brief?, wenn er einen Taschenbleistift für ein Taschenmesser, eine metallene Hängelampe für eine Säge hält, wenn er an einem Messer Schneide und Rücken verwechselt, so findet dies bei der Aehnlichkeit der betr. Objecte in den ungenauen optischen Wahrnehmungsbildern seine Begründung.

Auffallend ist die Aeusserung des Patienten seiner vor ihm stehenden Frau gegenüber, „er sähe sie wie einen glänzenden Körper mit 2 Armleuchtern“. Wahrscheinlich hat die sommerlich hell gekleidete Frau ihre Arme seitlich etwas von sich abgehalten, so dass diese in der Stellung zum Körper eine gewisse Aehnlichkeit mit Armleuchtern vortäuschten. Bedenkt man, dass damals für das Erkennen des Patienten im Wesentlichen der Lichtsinn maassgebend war, so erscheint die obige Aeusserung erklärlich. Sie beweist eben, wie höchst ungenaue, nur nach dem Helligkeitsgrade sich differenzirende optische Wahrnehmungsbilder unser Kranker thatsächlich hatte.

Höchst bezeichnend erscheint mir in dieser Hinsicht auch die

Digitized by Google

Angabe des Patienten, als er genesen war und sich über seinen früheren Zustand folgendermaassen äusserte, „er habe geglaubt, er halte sich in einem unterirdischen Gewölbe auf. Kein Licht war da, alles dunkel. Er habe sich in einer Art Magazin befindlich geglaubt; dieses sei mit allerhand fremden Gegenständen angefüllt gewesen.“

Die angeführten Erscheinungen sind daher nicht auf Seelenblindheit, sondern auf Rindenblindheit und zwar partielle Rindenblindheit, welche sich nach dem Schwinden der totalen Rindenblindheit einstellte, zu beziehen.

Wenn diese Erscheinungen nach der Angabe des Arztes erst 6 Wochen nach dem Anfalle bemerkt wurden, so erklärt sich dies in folgender Weise. In den ersten 8 Tagen, zur Zeit der totalen Rindenblindheit, fehlten sie selbstverständlich. Wenn Patient jedoch am 8. Tage nach dem Anfalle vom schönen Mondschein spricht, als ihm die Sonne hell ins Zimmer scheint, so ist diese Aeusserung bereits als ein Symptom der partiellen Rindenblindheit aufzufassen und zwar als eine Störung des Lichtsinns, der Fähigkeit, verschiedene Helligkeitsgrade zu unterscheiden. Diese Störungen des Lichtsinns glichen sich zuerst aus. Je reichlicher in der Folge wieder optische Wahrnehmungsbilder aufgenommen werden konnten, um so mehr bot sich Gelegenheit zu den Symptomen anscheinender Seelenblindheit.

Auch der vorstehende Fall mahnt, wie vorsichtig man mit der Diagnose Seelenblindheit sein muss und zwar besonders dann, wenn eine Untersuchung auf Sehschärfe, Farbensinn und Lichtsinn wegen des psychischen Zustandes der Kranken nicht vorgenommen werden kann.

Die Rindenblindheit allein genügt jedoch nicht zur Erklärung der central bedingten Sehstörungen. Bei den *Munk*'schen Thierexperimenten sowie in den meisten der bisher beobachteten Fälle von Seelenblindheit resp. Rindenblindheit treten die Störungen des Ortsinns ganz besonders auffällig in die Erscheinung. So auch bei unserm Patienten. In seiner ihm seit cr. 20 Jahren bekannten Wohnung konnte er sich nicht von seinem Wohnzimmer in das nebenan liegende Schlafzimmer finden, nicht von der Treppe aus die grade 2 Schritte gegenüber liegende Thür zum Wohnzimmer, nicht in seinem Schlafzimmer das Bett finden. Dieser Verlust der

Digitized by Google

Fähigkeit, sich in altbekannten Räumen zurechtzufinden, kann durch die Undeutlichkeit der Gesichtswahrnehmungen allein durchaus nicht erklärt werden. Man vergegenwärtige sich nur, wie leicht es Jedem möglich ist, sich Abends im Dunkeln in seiner Wohnung zurechtzufinden, wie schnell und sicher sich Kranke mit zugebundenen Augen in ihrem Zimmer orientiren. Der Tastsinn besonders dient dann zur Aushülfe. Unser Kranker aber, der Sn 18 in 60 cm Entfernung las, konnte sich nicht annähernd so gut orientiren wie ein völlig Blinder. Er hatte die Fähigkeit sich zu orientiren nicht nur für den Gesichtssinn, sondern auch für den Tastsinn verloren.

Auch nachdem die Erscheinungen der Rindenblindheit zurückgetreten, besteht dieser Verlust des örtlichen Orientirungsvermögens, wenn auch abgeschwächt, fort. Patient ist unfähig, sich in der nächsten Umgebung der Anstalt, die ihm durch seine täglichen Spaziergänge schnell geläufig sein musste, zurechtzufinden. Hiermit ist ein weiterer Hinweis auf eine neben der Rindenblindheit für sich bestehende centrale Störung gegeben.

Förster[1]) bezeichnet die Fähigkeit, sich die gegenseitige Lage der Dinge im Raume vorzustellen, sehr zutreffend als „Ortsgedächtniss“ und zieht den sehr wichtigen Schluss: „Die Rinde der Occipitallappen beherrscht die topographischen Vorstellungen, seien diese erworben durch den Gesichtssinn oder durch den Tastsinn oder durch das Bewusstsein von ausgeführten Muskelbewegungen oder durch Beschreibung. Erkranken diese Theile des Gehirns, so geht die Fähigkeit, topographische Vorstellungen zu fassen oder zu reproduciren, verloren.“

In anschaulicher Weise sucht *Groenouw*[2]) diesen Verlust des Ortsgedächtnisses bei schweren Läsionen der Occipitallappen — auch insoweit das Ortsgedächtnisss nicht durch Gesichtswahrnehmungen erworben ist — durch den Hinweis darauf zu erklären, dass auch die durch den Tastsinn, das Bewusstsein von ausgeführten Muskelbewegungen und Beschreibung erworbenen topographischen Vorstellungen gleichwohl als optische Erinnerungsbilder aufbewahrt werden. Durch diese psychologischen Ausführungen ist unser Verständniss für die Störungen des Ortsgedächtnisses bei Affectionen der Occipitallappen wesentlich erleichtert.

[1]) l. c. p. 101.
[2]) l. c. p. 360.

Digitized by Google

Auf Grund vorstehender Ausführungen findet der Mangel an örtlichem Orientirungsvermögen bei unserm Patienten seine Erklärung in dem Verlust der den topographischen Vorstellungen zu Grunde liegenden optischen Erinnerungsbilder. *Wilbrand* und *Groenouw* führen für ihre Fälle die gleiche Erklärung an.

Demnach ist unser Patient nicht allein als rindenblind, sondern zugleich als partiell seelenblind anzusehen. In der Literatur sind die Bezeichnungen Rindenblindheit und Seelenblindheit nicht immer mit der nöthigen Genauigkeit auseinander gehalten, auch dann nicht, wenn die Erscheinungen sonst exact angeführt sind.

Neben dem Ortsgedächtniss wies auch das Zeitgedächtniss unseres Patienten bestimmte charakteristische Störungen auf. Diese treten besonders dann zu Tage, wenn Patient aus dem Schlafe erwachte und jüngst empfangene optische Erinnerungsbilder zeitlich bestimmen wollte. Er pflegte die inzwischen verflossene Zeitspanne ganz abnorm lang zu bemessen. Er meinte z. B., wenn er aus seinem Nachmittagsschlafe erwachte, er hätte Leute, welche ihn vor 2 Stunden besuchten, am vorhergehenden Tage gesehen. Dementsprechend war er dann der Ansicht nicht etwa 2 Stunden, sondern eine ganze Nacht geschlafen zu haben.

Das Festhalten des Zeitmaasses während des Schlafes ist physiologisch schon grossen Schwankungen unterworfen. Wenn Personen wegen grosser Ermüdung einmal zu aussergewöhnlicher Zeit am Nachmittage schlafen, fällt es ihnen beim Erwachen oft schwer, sich gleich über die Zeit zu orientiren. Sie meinen vielleicht auch vorübergehend, sie hätten eine ganze Nacht geschlafen und erwachten früh morgens. Die Orientirung geschieht im Wesentlichen durch die Erinnerung an die Eindrücke, welche uns vor dem Einschlafen beschäftigten. Sind diese recht lebhaft gewesen, so treten sie uns gleich deutlich vor Augen; wir sind dann orientirt. Waren sie undeutlich, so ist die Orientirung eine schwierigere und ungenauere, und wir sind dann geneigt, die Wahrnehmung der Eindrücke zeitlich weiter zurück zu verlegen. Wenn unser Patient aus seinem Schlafe erwachte und sich auf Grund seiner verschwommenen optischen Erinnerungsbilder zeitlich orientiren wollte, so musste ihm die inzwischen verflossene Zeitspanne wesentlich länger erscheinen eben wegen der grösseren Undeutlichkeit seiner optischen Erinnerungsbilder. So erklärt es sich, wenn er meint, er hätte

Digitized by Google

einen Besuch, der vor 2 Stunden bei ihm war, schon vor 24 Stunden gesehen.

Wilbrand[1]) berichtet ebenfalls von seiner Patientin, sie habe sich nicht mehr in dem Zeitmaasse zurecht finden können, ihr sei alles der Zeit nach viel länger vorgekommen. *Wilbrand* knüpft daran sehr interessante Ausführungen, welche sich auf die Entwickelung der Fähigkeit der Zeitbestimmung im Anschluss an optische Wahrnehmungen beziehen. Ich mache darauf besonders aufmerksam.

Was die Symptome scheinbarer Aphasie, Alexie und Agraphie angeht, so habe ich bereits oben darauf hingewiesen, dass dieselben bei unserm Patienten nicht als Herdsymptome zu verwerthen, vielmehr nur vorgetäuscht sind.

Aphasie ist nicht vorhanden. Patient versteht alle an ihn gerichteten Fragen, seine Sprache ist vollkommen deutlich. In Folge der psychischen Erschöpfung macht sich im Gespräche eine vorzeitige Ermüdung bemerkbar. Patient sucht dann Worte, ohne sie finden zu können. Im Französischen, der ihm geläufigeren Sprache, treten diese Ermüdungserscheinungen wesentlich schwächer zu Tage, wie im Deutschen.

Die Störungen im Lesen und Schreiben sind theilweise durch die Rindenblindheit bedingt. Patient kann jede Schriftart von hinreichender, seiner Sehschärfe entsprechenden Grösse lesen. Er schreibt aus dem Kopfe und auf Dictat alle Buchstabenzeichen richtig nieder. Zur Charakteristik der Schrift verweise ich auf den beigefügten Brief[2]), den der Patient in den ersten Tagen seines Hierseins schrieb. Wenn man bedenkt, dass die kleinste Schrift, welche Patient damals lesen konnte, Sn 9 war, so ergiebt sich, dass er ganz unfähig war, diese kleinen Buchstabenzeichen im Briefe mit dem Auge genau zu controliren.

Auffallend erscheint es, dass, abgesehen von den ersten 5 Zeilen, die linke Seite des Briefbogens ganz unbeschrieben geblieben ist. Genau der Mittellinie entsprechend hat Pat. nur die rechte Seite des Briefbogens beachtet. Meines Erachtens ist dies bedingt durch die absolute linksseitige Hemiopie; die rechtsseitige Hemiopie ist ja nur eine partielle.

[1]) l. c. p. 128.

[2]) Leider musste auf die Wiedergabe des Briefes aus technischen Gründen verzichtet werden.

Digitized by Google

Die Seelenblindheit und Hemiopie genügen jedoch nicht, um die Störungen der Schrift zu erklären. Selbst mit zugebundenen Augen bringt man, wie man sich durch einen Versuch leicht überzeugen kann, eine wesentlich regelmässigere Schrift fertig. Der vorliegende Brief hat aber etwas auffallend Ungeordnetes und Unregelmässiges. Der Abstand der Zeilen untereinander schwankt innerhalb Grenzen von 3 mm bis $2^1/_2$ cm. Die Richtung der Worte weicht stellenweise erheblich von der üblichen Horizontalen ab und nähert sich der Verticalen. Die einzelnen Buchstaben, wenn auch meistens richtig geformt, sind oft in ihrem gegenseitigen örtlichen Verhältnisse nicht richtig gestellt, sondern stellenweise bis zur Unleserlichkeit in einander gekritzelt. Die Topographie der Schrift erscheint mir so in erster Linie gestört. Begründet finde ich diese Störung durch den oben erwähnten Verlust des Ortsgedächtnisses. Der gleichmässige Charakter einer ausgeschriebenen Handschrift beruht auf bestimmten topographischen Vorstellungen, die durch den Gesichtssinn sowie das Bewusstsein von ausgeführten Muskelbewegungen erworben sind. Ihr Verlust wird den Kranken noch die einzelnen Buchstaben und Worte richtig schreiben lassen, nimmt der Schrift jedoch das Geordnete. So glaube ich mir die oben angeführten Störungen der Topographie der Schrift erklären zu müssen.

Ein besonderes Interesse beansprucht der vorstehende Fall wegen der so massenhaft auftretenden Photopsien und Gesichtshallucinationen. Bei organischen Läsionen der Occipitallappen sind diese Symptome in einigen wenigen Fällen beobachtet worden. *Westphal*[1]) berichtet von einem Patienten mit linksseitiger Hemiopie. Dieser sah anfallsweise geschlängelte Linien von sehr schönen Farben, roth, grün, blau, welche bald von rechts nach links, bald von links nach rechts vorüberzogen. Zeitweise bestanden lebhafte Gesichts- und Gehörshallucinationen. Als anatomische Grundlage fand sich ein Tumor in der Marksubstanz des rechten Occipitallappens.

Gowers[2]) erwähnt einen Kranken, welcher an anfallsweise auftretenden Einschränkungen des Gesichtsfeldes litt. Im Beginn dieser Anfälle hatte er ein Lichtflackern in den Augen gleich einer

[1]) cit. nach *Wilbrand*, Ueber Hemianopsie etc. p. 138.

[2]) *Nothnagel*, Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten p. 394.

Digitized by Google

goldenen Schlange. Die Lichterscheinungen waren beiderseitig, links aber stärker. Ein Tumor sass im rechten Occipitallappen.

Vetter[1]) sah bei Hemiopie Hallucinationen innerhalb der blinden Gesichtsfeldhälften auftreten. *Stenger*[2]) und *Reinhard*[3]) beobachteten bei Affectionen des Occipidalhirns massenhafte Gesichtshallucinationen.

Zu den Photopsien rechne ich im vorstehenden Falle, dass Patient glänzende seidene Fäden durch das Zimmer ziehen sieht. Beide Gesichtsfeldhälften sind davon gleichmässig betroffen.

Die Gesichtsillusionen und Gesichtshallucinationen waren mannigfach. Besonders muss hervorgehoben werden, dass in den übrigen Sinnen keine Hallucinationen bestanden. Nur der Geruchssinn scheint vorübergehend betheiligt gewesen zu sein. Der Kranke gab an, er hätte den rohen Schinken, welchen er hallucinatorisch allenthalben sah, auch hin und wieder gerochen. Ausser dem rohen Schinken sah Patient überall eiserne Hacken, die Wände mit Blumenbouquets bedeckt, Gespenster, Särge, einen Kirchendom, sah Leute neben sich liegen, aus der Erde emporwachsen etc. Patient gelangte zu der Wahnidee, eine Gesellschaft von Feinden habe sich gegen ihn verschworen, ihm seine Haushaltung in Unordnung zu bringen. Er sah Einbrecher, holte seinen Revolver, um sie zu erschiessen.

Wilbrand trennt das optische Wahrnehmungscentrum von dem optischen Erinnerungsfelde. Folgen wir seinen Ausführungen, so müssen wir bei unserm Patienten, wie wir sahen, im Wesentlichen eine Läsion der beiderseitigen optischen Wahrnehmungscentren annehmen. Weiter führt *Wilbrand*[4]) aus: „Sind beide optischen Wahrnehmungscentren zerstört, dann ist der Mensch vollkommen rindenblind. Es werden keine Gesichtshallucinationen mehr auftreten können, noch liegt die Möglichkeit für subjective Lichtempfindungen vor". Giebt unser Fall diesen Erwägungen Recht? Völlige. Zur Zeit der totalen Rindenblindheit bestehen weder Sinnestäuschungen noch subjective Lichtempfindungen; sie treten erst auf zur Zeit der partiellen Rindenblindheit, wo die optischen Wahr-

[1]) cit. nach *Landois*'s Lehrbuch der Physiologie p. 831.
[2]) Arch. f. Psych., Bd. XIII p. 248.
[3]) Arch. f. Psych., Bd. XVIII p. 481.
[4]) l. c. p. 105.

Digitized by Google

nehmungscentren ihre Function, wenn auch mangelhaft, wieder aufgenommen haben.

Schon Zustände von Hemianopsie und Seelenblindheit können die Ursache davon sein, dass die Kranken in eine ängstliche Verwirrtheit gerathen. *Wilbrand*[1]) berichtet von seiner Patientin, sie sei durch die Summe verschiedener und gleichzeitig auf das Auge einwirkender Netzhauteindrücke verwirrt und ängstlich geworden, so dass sie den Besuch von Concerten und Theatern meiden musste.

Bei unserm Patienten hat sich unter dem weiteren Hinzutritt von Sinnestäuschungen eine völlige Psychose entwickelt. Für diese erscheint mir die Bezeichnung acute hallucinatorische Verwirrtheit die zutreffendste. Das Krankheitsbild erhält allerdings durch die zu Grunde liegende Störung der psychooptischen Centren ein völlig eigenartiges Aussehen. Die Wahnideen knüpfen inhaltlich an die theils ungenauen theils gefälschten Gesichtswahrnehmungen an. Der Verlauf der Psychose ist bis zu einem gewissen Grade von den centralen Sehstörungen abhängig.

Sie beginnt zur Zeit der partiellen Rindenblindheit, als Patient noch höchst ungenaue Gesichtswahrnehmungen hatte. Es ist ja bekannt, wie leicht undeutliche Wahrnehmungen psychisch erregten Leuten Veranlassung zu Sinnestäuschungen, besonders Illusionen, geben können. Mit der zunehmenden Deutlichkeit der objectiven Gesichtswahrnehmungen, mit der Besserung der Sehschärfe und der Wiederkehr des Farbensinns bilden sich die subjectiven Gesichtswahrnehmungen zurück. Zugleich gelangt das Bewusstsein aus seinem traumhaften Zustande schnell zu völliger Klarheit.

Die Gesichtstäuschungen wachsen so allmählich aus den central bedingten ungenauen Gesichtswahrnehmungen heraus, dass es oft schwierig ist, sie von einander abzugrenzen. Unser Patient hat Wochen lang den fortwährenden ungenauen Gesichtswahrnehmungen gegenüber sein gesundes Urtheil zu bewahren gewusst. Er wundert sich nur darüber, dass ihm die Aussenwelt so verändert erscheint. Allmählich wird jedoch die psychische Widerstandskraft erschöpft. Zu den Erscheinungen der Rindenblindheit mischen sich illusionäre Elemente. Die Angehörigen, welche ihm anfangs

[1]) l. c. p. 58.

Digitized by Google

verändert vorkamen in Folge seines mangelhaften optischen Wahrnehmungsvermögens, erscheinen ihm später im feindlichen Sinne verändert durch den Hinzutritt subjectiver Elemente. Schliesslich sieht Patient Objecte ohne alle äussere Reizquelle; die Sinnestäuschungen erlangen eine unwiederstehliche Macht über seinem Vorstellungsinhalt, der Kranke geräth in tobsüchtige Erregung.

Auffallend schnell und günstig wird die Erregung durch die Verbringung in eine Anstalt beeinflusst. Dieser günstige Effect lässt im vorliegenden Falle wohl noch eine besondere Erklärung zu. Die psychische Erregung wurde beim Patienten zu Hause theilweise dadurch bedingt und unterhalten, dass ihm alles verändert erschien. Bei seinem wohl erhaltenen optischen Gedächtnisse war er sich stets bewusst, wie seine Frau und und Kinder früher ausgesehen hatten. Das Bild, welches er jetzt in Folge seiner gestörten optischen Wahrnehmungsfähigkeit sah, stimmte mit dem früheren in keiner Weise überein. Dieser Widerspruch zwischen optischem Erinnerungs- und optischem Wahrnehmungs-Bilde reizte den Kranken und fand durch den Aufenthalt in der früheren Umgebung immer neue Nahrung. Durch die Ueberführung in eine Anstalt, an einen ihm fremden Ort, fiel dieses psychische Reizmoment fort. Patient gewann hier seine Orientirtheit schnell wieder. Vermittelst des Tastsinns suchte er sich über alles aufzuklären, und allmählich gestaltete sich dann „das Magazin mit fremden Gegenständen angefüllt“ — wie Patient seine Umgebung bezeichnete — wieder in einen zweckmässig geordneten Wohnraum um.

Da eine Section nicht vorliegt, unterlasse ich es näher auf die anatomische Seite des Falles einzugehen.

Herrn Sanitätsrath *Stark* statte ich für die gütige Ueberlassung des Falles meinen ergebensten Dank ab.

Digitized by Google

Ein Fall von spontanem Somnambulismus.

Mitgetheilt von

Dr. **J. A. Höfelt,** Advocat in Rotterdam.

Mit Nachwort von Prof. Dr. A. Forel in Zürich.

Als alleinstehender Mann habe ich bei verheiratheten Leuten möblirte Zimmer mit Bedienung. Zum Schlusse des Jahres 1890 bekamen meine Wirthsleute ein neues Dienstmädchen, Catharina M. genannt. Es war ein starkes Mädchen von 19 Jahren, deren Gesundheit im Allgemeinen nichts zu wünschen übrig liess, nur dass dieselbe häufig über Kopfschmerzen klagte. Geistig hingegen stand sie auf einer sehr niedrigen Stufe. Es gebrach ihr zwar nicht an gesundem Verstande; mitunter hatte sie jedoch sehr dumme Pläne und Ideen. So z. B. erzählte sie mir, dass sie, ohne ihre Eltern davon in Kenntniss zu setzen, ganz allein die Reise nach Amerika unternehmen wollte, um bei einem Verwandten in Dienst zu treten. Als Grund führte sie an, dass in dem neuen Welttheile mehr Geld zu verdienen wäre und man dort leichter emporkommen könne, als hier. Machte ich sie darauf aufmerksam, dass sie durch eine derartige Handlungsweise ihre Eltern betrüben würde, dann antwortete sie in gleichgültigem Tone: „Ach was, die geben darum nichts; die sind sehr erfreut, wenn sie mich los sind!" Stellte ich ihr vor, sich lieber einen guten Mann zu suchen, dann forderte dies stets ihren Widerspruch heraus, und sie meinte, sich nur in dem Falle zu einer Heirath entschliessen zu wollen, wenn sie dadurch reich und vornehm werden könnte. Soviel mir bekannt ist, führte sie einen sehr moralischen Lebenswandel. Grossen Respect hatte sie vor Leuten, die klüger waren als sie. Ihren Bruder z. B. betrachtete sie als eine Art Wunder; dieser war jedoch nur Hülfslehrer. Was derselbe sagte, war für sie Gesetz, bis ein Anderer, der in ihren Augen noch klüger war, das Gegentheil behauptete. Sie war, besonders wenn dies mit sicherem Nachdruck geschah, leicht zu überreden, war sehr gottesfürchtig, aber auch abergläubisch dabei; darum erlaubte sie sich mitunter tadelnde Bemerkungen mir gegenüber, wenn mir ein scherzhaftes Wort entfiel. Sie war sehr unterthänig, sanftmüthig und arbeitete gut.

Digitized by Google

Nachdem dieselbe ungefähr 2 Monate bei uns war, wurde ich eines Nachts um 2 Uhr erschreckt wach durch ein Gepolter auf der Treppe, welche von meinen Zimmern nach der oberen Etage führt, die von meinen Wirthsleuten bewohnt wird. Ueber dieser Etage noch befand sich die Schlafkammer von Catharina. Ich höre Jemand mit schwerem Tritt und sehr langsam von oben herabkommen und nicht begreifend, warum dieser Jemand noch so spät auf ist, rufe ich 3mal: „Wer ist da?“ bekomme jedoch keine Antwort.

Jetzt stehe ich auf, kleide mich einigermsassen an, um zu untersuchen, was geschehen ist.

Indessen höre ich besagte Person stets sehr langsam über den Gang nach der Küche gehen. Eine Kerze ansteckend, habe ich den Plan, eine kleine Untersuchungstour zu beginnen; doch zeigt mir ein zufälliger Blick durch das Fenster meiner Schlafkammer, welches das Innere der Küche zu sehen gestattet, dass die letztere beleuchtet ist.

Zur besseren Beobachtung öffne ich das Fenster und sehe bei dem Scheine einer Hängelampe Catharina, vollständig gekleidet und damit beschäftigt, ein Stückchen Holz mit einem Messer zu zerkleinern. Es kam mir vor, als wenn dieselbe die Augen geschlossen hatte, jedoch kann ich dies nicht mit Sicherheit behaupten.

Da das Küchenfenster auch geöffnet war, konnte ich mich von meinem Schlafzimmer aus sehr verständlich mit ihr unterhalten. „Sagen Sie mal, Catharina, was machen Sie dort?“ — „Nun, ich will den Ofen anmachen!“ — „Sind Sie verrückt? es ist noch nicht 2 Uhr!“ — „So! ich dachte, dass es bereits halb Sieben wäre: dann will ich nur wieder schlafen gehen.“ — Sie löscht die Lampe aus, und ich höre, dass sie die Treppe hinauf geht.

Den folgenden Morgen war ihr von dem Vorgange in der Nacht nichts mehr erinnerlich. Alsdann theilte sie mir mit, dass es nicht das erste Mal wäre, dass sie im Schlafe wandele, dass sie dies bereits früher im elterlichen Hause gethan hätte. Ihr Vater hatte dann stets die Gewohnheit, ihr einige Gläser kaltes Wasser in das Gesicht zu giessen, um sie auf diese Art in das wirkliche Leben zurück zu rufen.

Sie erklärte, dass die Krankheit vor einem Jahre sich zum ersten Male bei ihr offenbart hätte, und auf meine Frage, ob ihr nicht eine Ursache bekannt wäre, welche auf die Entstehung derselben Bezug hätte, antwortete sie, dass ihr vor einiger Zeit (vor dem ersten Anfalle von Somnambulismus) — wie lange, wusste sie nicht — als sie an einem Heuberge gelehnt stand, ein Bauernjunge auf den Kopf gesprungen sei, in Folge dessen sie eine Zeit lang bewusstlos war und verschiedene Tage schwere Kopfschmerzen hatte. —

Ungefähr eine Woche nach oben beschriebenem Vorfalle sitze ich mit meinem Freunde *Ekker*, Doctor zu Leiden, in meinem Zimmer. Es war nach Mitternacht und alles im Hause todtstill. Plötzlich vernahmen wir ein Geräusch, und die Zimmerthüre öffnend hörten wir deutlich ein ununter-

Digitized by Google

brochenes Schluchzen und Stöhnen. Mit Licht versehen begaben wir uns nach der Küche und sahen dort Catharina, vollständig gekleidet, rücklings in einem Stuhle liegen, die Augen geschlossen und die Arme schlaff herunterhängend. Sie weinte unaufhörlich, fortwährend jammernd unter dem wehklagenden Ausrufe: „Ach Gott, das arme Wietje!" (Wietje war das Kind von meinen Wirthsleuten und ca. ein Jahr alt.) Wir versuchten durch alle möglichen Mittel, dieselbe zu beruhigen, jedoch vergebens.

Auf unsere Frage, was mit Wietje passirt wäre, bekamen wir zuerst keine Antwort; endlich jedoch erzählte sie meinem Freunde in abgebrochenen Sätzen, dass ich dem armen Schaf den Hals abgeschnitten hätte und dass sie deutlich das blutige Köpfchen sähe. Wir bemühten uns, sie von dem Gegentheil zu überzeugen, doch ohne Erfolg; ihre Autosuggestion war stärker als diejenige, welche von uns ausging.

Schliesslich verfiel sie in einen völlig apathischen Zustand, und zum Zeichen ihrer Zustimmung oder Verneinung nickte sie oder schüttelte sie den Kopf. Wir gaben ihr den Rath, wieder schlafen zu gehen, dem sie jedoch heftigen Widerwillen entgegensetzte. Wir versuchten sie aufzurichten, doch vergebens; denn sobald wir sie losliessen, fiel sie wieder schwer in ihre alte Stellung zurück. Ich rief meinen Wirth, um die Kranke mit vereinten Kräften in ihre Schlafkammer zu bringen. Derselbe kam, fasste das Mädchen rauh bei den Schultern, schüttelte dieselbe hin und her und frug mit barscher Stimme, was sie für Kunststücke in Scene zu setzen beabsichtige? Im ersten Augenblicke schien diese harte Behandlung von Wirkung zu sein; doch im nächsten Moment verfiel sie in die frühere Apathie.

Mein Freund verabschiedete sich von uns, und da wir nicht sehr viel Lust verspürten, die ganze Nacht in der kalten Küche zuzubringen, so wandten wir, mein Wirth und ich, unsere ganzen Kräfte auf und brachten endlich, nach sehr viel Mühe, das Mädchen in ihre Schlafkammer, sie der ferneren Sorge meiner Wirthin überlassend. Kurze Zeit danach kommt die Frau zu uns mit der Botschaft, dass Catharina sehr böse auf mich sei und ohne Unterbrechung die gemeinsten Schimpfworte gegen mich loslasse.

Wir gingen hinauf, und kaum hatte Catharina mich gesehen, so richtete sie sich in ihrem Bette auf, mich mit folgenden lieblichen Worten begrüssend: „So Mörder, Heuchler der Du bist, kommen Sie? mich auch todt machen? — Einem kleinen Kind den Hals abschneiden, das traust Du dir, Feigling! — Gieb mir ein Messer, dann werde ich Dich würgen, wenn Du wieder in Deinem Bette liegst!" — So geht es unaufhörlich fort.

Wild rollte sie mit den Augen, ihre Fäuste waren geballt und ihr ganzes Wesen drückte einen tödtlichen Hass aus, so dass nicht daran zu zweifeln war, dass sie ihren Plan ausführen würde, sobald sich dazu Gelegenheit bieten würde.

Dadurch etwas erschrocken, hoffte ich durch Sprechen etwas auszurichten, ging mit der grössten Ruhe zu ihr, packte sie fest bei den Armen

Digitized by Google

und frug in barschem Tone, ob sie wohl wüsste, wer vor ihr stände? Unter Kichern antwortete sie: „Jawohl, Du bist Herr *Höfelt*; ein schöner Herr, der zu einem Mädchen in die Schlafkammer kommt, das muss ich sagen; ich werde es Ihrer Braut erzählen, Schurke! — Lass mich los, gemeiner Mörder, oder willst Du mir vielleicht noch die Arme abdrehen? — Was thust Du hier? — Geh fort, Du hast hier nichts zu suchen. — Holla Madam, sorgen Sie dafür, dass dieser Kerl mein Zimmer verlässt!"

Meine Wirthin versuchte es, sie von meiner Unschuld zu überzeugen, indem sie ihr erzählte, dass Wietje friedlich in seiner Wiege schläft; dieselbe erntete jedoch dafür folgende Grobheiten:

„Es ist nicht schön von ihnen, dass sie noch den Mörder ihres Kindes vertheidigen; sie sind auch schon gemein!"

Einsehend, dass zur Zeit nichts mit ihr anzufangen war, machte ich den Vorschlag, wieder hinunter zu gehen und sie allein zu lassen.

Wir waren jedoch kaum die Treppe hinunter, als wir oben wieder laufen hörten, woraus wir den Schluss zogen, dass sie aufgestanden sei, und befürchtend, dass ihr ein Unglück passiren könnte, lasse ich sie zu uns bringen.

Meinen Wirthsleuten gab ich den Rath, von ihren Redensarten keine Notiz mehr zu nehmen, was zur Folge hatte, dass sie nach und nach ruhiger wurde und nur noch dann und wann ihrer Wuth die Zügel liess. Ihre Frechheit nahm immer mehr zu, selbst ihrem Brodherrn gegenüber, gegen welchen sie sonst im normalen Zustande grossen Respect hatte. Ausser ihrer krankhaften Einbildung, dass ich das kleine Kind ermordet hätte, war sie vollkommen bei Verstand und machte selbst ihrem Stande gemäss mitunter geistreiche Bemerkungen.

Ungefähr um 4 Uhr ging ich schlafen. Am anderen Morgen hörte ich von meiner Wirthin, dass die psychische Störung ungefähr bis $^1/_2$7 Uhr gedauert hätte; dieselbe hatte mit ihrem Manne gemeinschaftlich gewacht. $^1/_2$7 Uhr war gerade die Zeit, wo sie gewöhnt war, aufzustehen und an ihre Arbeit zu gehen. Ihr Blick wurde dann auf einmal wieder klar, indem sie die Worte sprach: „Jetzt werde ich den Ofen anmachen." In ihrer gewöhnlich ruhigen Weise ging sie an ihre Arbeit, nur klagte sie über schreckliche Kopfschmerzen, fühlte im Uebrigen sich jedoch gut. Als meine Wirthin (gegen meinen Willen) ihr das Widersinnige ihres Benehmens vorhielt, wusste sie sich durchaus an nichts zu erinnern, und als sie hörte, dass sie mich „den Mörder ihres Kindes" genannt hatte, begann sie zu weinen und wagte es nicht, mich wie gewöhnlich zu bedienen.

Ich sorgte dafür, dass das Mädchen im städtischen Krankenhause aufgenommen wurde, woraus sie jedoch nach einer Woche als vollkommen gesund entlassen wurde.

Es ist mir begreiflich, dass dies für Jemand, der sie nicht von früher kannte, so schien; ich war jedoch anderer Meinung. Bei einem Besuche, den ich ihr im Krankenhause machte, fiel es mir direct auf, dass ihre

Digitized by Google

sonst so sanfte Natur sich in grosse Frechheit umgewandelt hatte. Sie schimpfte auf die Verpflegung und frug mich in ziemlich hohem Tone um Briefmarken und Papier, um an ihre Eltern zu schreiben und dieselben zu ersuchen, sie bei sich aufnehmen zu wollen.

Nach ein paar Tagen reiste sie dann auch in ihre Heimath, und es ist mir bis jetzt nicht gelungen, etwas Näheres über sie in Erfahrung zu bringen.

Brief des Vaters der Cath. M. — „In Antwort auf Ew. Hochwohlgeboren Schreiben, den Zustand meiner Tochter Catharina betreffend, theile ich Ihnen Folgendes mit:

„In der frühesten Jugend war dieselbe lange Zeit hindurch leidend an Darmdrüsen, so dass sie erst sehr spät laufen lernte, und hatte bereits damals schon viel Medicin gebraucht: unter anderen unzählbare Flaschen mit braunen Tropfen (Jod?). Später entwickelte sich dieselbe sehr gut, war jedoch bezüglich des Lernens in geistiger Beziehung stets zurück. Vor ungefähr 1½ Jahren ist ihr eine Person aus einer Lucke auf den Kopf gesprungen. Ob dies mit oder ohne Absicht geschah, ist nicht nachzuweisen. Seit dieser Zeit klagte sie ab und zu über heftige Kopfschmerzen. Vor ungefähr 4—5 Wochen hat sich eine starke Eiterabsonderung aus ihrer Nase, ähnlich der Schleimabsonderung bei einem starken Schnupfen, bemerkbar gemacht. Seit dieser Zeit ist das Leiden bedeutend im Abnehmen begriffen. Ob dies noch mit vorbenanntem Falle in Verbindung steht, kann ich nicht behaupten. Ihre Laune ist sehr leicht gereizt; doch im nächtsten Augenblicke ist sie die Güte selbst. Während ihrer Lebenszeit sind weder durch mich, noch durch meine Frau anormale Erscheinungen bezüglich ihrer Vernunft wahrgenommen worden. Im Uebrigen ist sie sehr gesund und hat einen vortrefflichen Appetit; doch viel Schlafsucht."

25. November 1891. M.

Nachwort.

Herr Dr. ***Höfelt*** hat im Sommer 1889 bei mir den Hypnotismus vom strafrechtlichen Standpunkt aus studirt und seine Doctor-Dissertation: „Het Hypnotisme in Verband met het Strafrecht, Leiden, ***S. C. van Deesburgh*** 1889" über diesen Gegenstand in holländischer Sprache veröffentlicht.

In Folge dessen war er auch durchaus im Stande, den obigen interessanten Fall, den er mir zur beliebigen Veröffentlichung übergiebt, falls ich es der Mühe werth finde, richtig zu beurtheilen. Sehr zu bedauern ist, dass der Fall nicht durch einen hypnotisirenden Arzt behandelt wurde. Ich zweifle nicht daran, dass durch Suggestion eine erfolgreiche Behandlung hätte stattfinden können. —

Digitized by Google

Catharina M. zeigt wieder deutlich, dass die Fälle von spontanem Somnambulismus in eminenter Weise die Erscheinung der sogenannten zweiten Persönlichkeit, des zweiten Bewusstseins zu Tage treten lassen. Er zeigt aber auch wieder, wie dieselben nichts anderes sind als die pathologische Autohypnose von Hysterischen oder Psychopathen.

Wir können Herrn Dr. *Höfelt* für diese neue Bereicherung der nichts weniger als überreichen Casuistik des spontanen Somnambulismus nur dankbar sein. Der Fall dürfte sich für weitere Beobachtungen und Untersuchungen eignen.

Digitized by Google

Ueber Aphasie bei allgemeiner Paralyse[1]).

Von

Dr. **Bernhard Ascher,**
früherem Assistenzarzte der Irrenanstalt Dalldorf.

(Hierzu Tafel I.)

Das Vorkommen von Aphasie bei progressiver Paralyse ist zwar nicht so selten; doch finden wir in der Literatur nur einige Fälle dieser Art beschrieben. Ohne auf eine Kritik derselben einzugehen, in weit sie mit Recht unter dieser Rubrik aufgeführt worden sind, führe ich die wenigen, welche ich erwähnt gefunden habe, hier an.

In der *Mendel*'schen Monographie über Paralyse ist zunächst p. 130 ein Fall von *Billod* genannt, in welchem nach mehrjährigem Bestehen der Paralyse vollständige Aphasie auftrat, ohne dass die Intelligenz des Kranken vollständig vernichtet war. Der Tod erfolgte im apoplectiformen Anfall. Die Section ergab ausser den gewöhnlichen Veränderungen bei Paralyse an der hintern und untern Seite der untern linken Stirnwindung eine Depression der Rindensubstanz von dunkelgrauer Färbung, der entsprechend sich ein etwa haselnussgrosser Erweichungsherd fand. Vorn unten an derselben Windung befand sich ein ähnlicher erbsengrosser Herd. Abgesehen von diesem letzteren befand sich rechts ein vollständig symmetrischer Herd. An gleicher Stelle ist ein Fall von *Cullerre* erwähnt, in welchem die Diagnose auf progressive Paralyse mit Aphasie gestellt war. Hier handelte es sich möglicherweise um eine luetische Hirnaffection; der Sectionsbefund fehlt in diesem Falle. Ferner gehört hierher ein von *Wernicke* in der medicinischen Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur am 30. October mitgetheilter Fall, in welchem bei einem paralytischen Geisteskranken totale Aphasie bestand. Die Section ergab einen grossen

[1]) Nach einem im Berliner psychiatrischen Verein am 15. December 1891 gehaltenen Vortrage.

Digitized by Google

Erweichungsherd, welcher die *Broca*'sche und die erste linke Schläfenwindung einnahm. Es findet sich ein Referat über diesen Vortrag in dem *Erlenmeyer*'schen Centralblatt Jahrgang 1886 No. 4. Im gleichen Bande hat *Rosenthal* einen Fall von allgemeiner Paralyse mit sensorischer Aphasie associirt mitgetheilt; die Autopsie ergab Erweichungsherde in der 2. und 3. linken Schläfenwindung. An diese Beobachtung konnte derselbe Autor zwei weitere schliessen und in dem genannten Centralblatt Jahrg. 1889 in einer kleinen Abhandlung: Aphasie und allgemeine Paralyse der Irren beschreiben. Im ersten dieser Fälle hatte sich zur allgemeinen Paralyse in Folge eines Schlaganfalls Aphasie mit Hemiparese hinzugesellt. Bei der Section fand sich Erweichung der linken Insel, des hintern Endes der orbitalen Fläche der 2. linken Stirnwindung wie auch der Spitze des linken Schläfenlappens. Im zweiten Fall war im Laufe der paralytischen Geistesstörung complete Aphasie mit Worttaubheit aufgetreten. Bei der Section fanden sich kleine Hämorrhagien in beiden Hemisphären links a) eine erbsengrosse am obern Ende des Gyrus central. ant. in der Nähe des Lob. paracent. und zwei kleinere am untern Ende desselben, b) zwei stecknadelkopfgrosse am hintern Ende des Gyr. front. med., c) eine erbsengrosse am untern Ende des G. central. post.; rechts d) eine erbsengrosse im G. occipit. II. Die Blutungen nahmen zumeist den ganzen Durchmesser der grauen Substanz ein. Ferner bestand — und dies muss wohl als die anatomische Ursache der Aphasie angesehen werden — eine starke Atrophie des Gyrus temporalis I. Diese Windung ist 4 cm lang und kaum einen halben cm breit, wogegen die rechte 1. Schläfenwindung 7 cm lang und 2—3 cm breit ist. Das Inselläppchen ist intact. Der dritte Fall, welcher von *R.* an gleichem Orte berichtet wird, fällt ausser Betracht, da der Autor selbst denselben nicht als einen Fall von allgemeiner Paralyse auffasst. Aufmerksam machen möchte ich jedoch auf den vorhergehenden, da in diesem Fall sich ein analoger Befund zu dem von mir zu berichtenden kundgiebt.

Es möge nun der Krankheitsbericht mit dem sich anschliessenden Sectionsbefund über den hier zu berichtenden Fall folgen.

Es handelt sich um einen 45jährigen Menschen, Namens P., welcher bis zu seiner Erkrankung als Packmeister im Eisenbahndienste stand. Er wurde am 17. Mai 1888 in die Irrenabtheilung der königlichen Charité laut Aufnahmeattest vom gleichen Datum wegen gemeingefährlicher Geistesstörung aufgenommen. Bei der Exploration sprach der Patient ununterbrochen und war ideenflüchtig. Er sei Kaiser, er würde die Eisenbahnkassen gründlich revidiren, alle Beamte reich machen, indem er ihnen Land schenken wolle u. s. w. Nach Mittheilung war der Kranke aus dem rasch fahrenden Zug gesprungen, hatte seinen Vorgesetzten Dienstpapiere ins Gesicht geworfen und laut aus dem Fenster seiner Wohnung gepredigt, in welcher zwei kleine Kinder von ihm (Wittwer) beaufsichtigt werden sollten.

Digitized by Google

In der Charité verhält sich Patient ruhig, anfangs will er wieder fort und weiss nicht, wie er dorthin gekommen ist; es besteht ein leichter Grad von Schwachsinn. Die Pupillen sind different, die rechte weiter als die linke. Die Lichtreaction fehlt. Die stark belegte Zunge zittert nicht. Eine Sprachstörung macht sich durch Stolpern bei den Paradigmaten bemerkbar. Die Kniephänomene sind vorhanden.

Anamnestisch wurde festgestellt, dass Patient 17 Jahre verheirathet gewesen war, seine Frau dreimal normal geboren, dreimal abortirt hatte. Lues und Potus wurden in Abrede gestellt.

Am 11. Juni 1888 wurde Patient in die städtische Irrenanstalt zu Dalldorf mit der Diagnose: allgemeine Paralyse überführt.

Das Krankheitsjournal, welches mir in vollkommner Ausführlichkeit zur Verfügung steht, giebt folgende Notizen.

13. Juni 1888. Patient weiss nichts davon, dass er vor seiner Aufnahme in die Charité ärztlich untersucht worden ist; erinnert sich jedoch daran, dass er aus einem in voller Fahrt befindlichen Zuge herausgesprungen ist, er hat Einsicht in seine Krankheit.

16. Juni 1888. Patient ist über Ort und Zeit orientirt. Er weiss, seit wann er sich in der Anstalt befindet, kennt sein Alter und seinen Geburtstag.

3×8? „24“. 11×13? „160“; falsch „130“; falsch (er rechnet es schriftlich) 143.

Name des Kaisers sowie der Name des Flusses, an welchem Berlin liegt, wird richtig angegeben.

Ueber seine Krankheit erzählt Patient folgendes: Er habe im Mai 12 Tage Urlaub gehabt, habe seinen ursprünglichen Plan geändert und auf der Rückreise nach Berlin in Schönheide bei Lichterfelde die Wagenthüre aufgemacht, sei hinausgesprungen mit der Absicht zu Fuss zu gehen. Das Unkluge seiner damaligen Handlung sieht Patient ein. Seine Frau sei im Juli 1887 aus Gram gestorben, weil er selbst sich ihr nur wenig widmen konnte und viel im Dienste beschäftigt war. Am 24. Mai 1888 wollte er wieder heirathen und habe deshalb auf den Erbtheil seiner Frau verzichten müssen, welcher auf die Kinder übergegangen sei.

Patient sieht zur Zeit zwar ein, dass er krank gewesen sei, hält sich indess jetzt für gesund.

Am 20. Juni 1888 ist Patient körperlich genau aufgenommen:

Der Kopf ist mit schwarzen, straffen, etwas melirten Haaren bedeckt. Schädel ohne auffallende Abnormitäten, rund gleichmässig, keine besonderen Knochenvorsprünge; keine Narben. Die Stirn ist etwas schmal. Spitze und Kopf der Nadel werden am Kopf genau unterschieden. Schädelumfang 59 cm.

Die Pupille ist links über mittelweit, rechts eng, lichtstarr. Sie reagiren auf Convergenz kaum. Die Hornhaut und Bindehaut ist ohne Abnormitäten. Die Augenbewegungen sind frei. Die Sehschärfe und

Digitized by Google

Accommodationsfähigkeit normal. Die Ohrmuscheln sind ohne Abnormitäten. Die Taschenuhr wird auf beiden Ohren in circa $^1/_2$ m Entfernung gehört.

Nase und Gesicht sind regelmässig. Die Zunge kommt gerade heraus, zittert nur leicht.

Der Gaumenbogen und die hintere Rachenwand sind leicht geröthet.

Die Lungengrenzen stehen etwas tief. Die absolute Herzdämpfung verkleinert (Emphysem). Ueberall vesiculäres Athmen ohne Rasselgeräusche. Brustumfang 89—96.

Spitzenstoss im 3. Intercostalraum ein Finger breit nach innen von der Mammilla schwach fühlbar. Herztöne an allen vier Orten rein, keine Geräusche.

Die Musculatur ist gut entwickelt. Die Sensibilität ist normal.

Weder an den obern noch an den untern Extremitäten sind Motilitäts- noch Sensibilitäts-Störungen. Die Sehnen- und Periostreflexe sind deutlich. Es besteht keine Ataxie, kein Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen.

Appetit, Schlaf, Stuhlgang, Wasserlassen nicht gestört.

Patient ist ruhig, giebt auf alle Fragen prompte und klare Antwort. Er ist ziemlich redselig und hält sich für gesund. Er will am 1. Juli Zugführer werden, so sei ihm vom Königl. Betriebsamt versprochen worden.

Gestern sei er unruhig gewesen, weil er sich bei der kühlen Witterung im leichten Anzuge einen Schnupfen geholt habe, der ihm die ganze Laune verdorben habe. Spricht davon, dass seine Frau (die er sich erst nehmen will) ihm untreu geworden sei.

27. August 1888. Sei seit dem 11. Juni hier; von der neuen Charité gekommen, dorthin sei er am 15. Mai gebracht. Anlass soll nach seiner Ansicht ein Krampfanfall gewesen sein. Doch habe er nie etwas davon gespürt.

Krank fühle er sich jetzt nicht, habe sich überhaupt nicht krank gefühlt. Gedächtnissschwäche habe er nicht bemerkt. Er erzählt von seinem Dienst zusammenhängend. Die im Aufnahmeattest erwähnten Ideen sucht er zu mildern und meint, dass er keinen reich machen könne. Von den andern Aeusserungen wusste er nichts, fragt, wie er auf die Idee gekommen sein soll. Aus dem Zuge will er nicht hinausgesprungen sein, der Zug habe gehalten. Erzählt des Weiteren sehr weitschweifig von früheren Erlebnissen.

12×13? 156 nach einigen falschen Rechnungen.

13×13? 169 ebenfalls nach einigen falschen Rechnungen.

12×17? 204 ziemlich schnell.

Bei den schwierigen Paradigmaten z. B. Wachsmaske, Maasswechsel versetzt Patient Silben.

Schreiben zeigt keine besondere Störung.

Lesen ebenfalls ohne Störung und sinngemäss.

Digitized by Google

23. Februar 1889. Patient übersteht ein Gesichtserysipel ohne schwere Erscheinungen.

10. April 1889. Der Wärter des Kranken meldet, dass sich derselbe verändert habe, keine Antwort gäbe, beim Abtrocknen statt des Tuches die Hände genommen habe.

Bei der Untersuchung spricht Patient nur: „ja, ja". Er steht da wie ein Statue und muss wie eine Kind aufgewartet werden. Den fragenden sieht er gross und starr an, folgt keiner Aufforderung, versteht auch Schimpfworte nicht. Auch Anweisungen wie fortzugehen etc. werden nicht befolgt. Dagegen geht Patient, nachdem er einmal am Arme hin und her geführt ist, mit dem ihn Untersuchenden im gleichen Schritt mit, bezugsweise folgt, sobald er seinen Ort verändert, bis derselbe militärisch vor ihm steht. Nach Geräuschen sieht er hin, vermeidet mit vollkommner Sicherheit beim Umhergehen ihm in den Weg gestellte Hindernisse, selbst ohne diesen anscheinend Beachtung zu schenken.

Ihm vorgehaltene Gegenstände fixirt er, nimmt sie jedoch nicht in die Hände. (Kamm, Glas Wasser.)

Eine Schüssel nimmt er in die linke Hand, ohne nach dem Löffel zu greifen. Schliesslich setzt er sie an den Mund und hält sie maschinenhaft fest mit erhobenen Händen.

Schreibt nicht, nachdem ihm eine Feder in die Hand gegeben, sagt nur: „ja, ja".

Keine Lähmung in den Extremitäten und im Gesicht bis auf eine leichte Abflachung der rechten Nasenlippenfalte.

Die Augenbewegungen sind frei. Gesichtsfeld ist nicht zu prüfen, da Patient nicht fixirt.

18. April 1889. Noch dasselbe Verhalten wie zur Zeit der vorigen Notiz. Wenn er auch ein wenig freier ist und nicht mehr so aufgewartet werden muss, so spricht er doch nur wenig mehr Worte. Zuweilen spricht er undeutlich einige ihm vorgesprochene Worte nach: z. B. ich heisse.

30. Mai 1889. Patient wurde allmählich freier und kann wieder beschäftigt werden.

Im Juli trat von neuem ein ähnlicher Zustand auf, der sich anfangs in fast completer Aphasie und Benommenheit kund that. Später konnte wieder eine Zunahme der geistigen Regsamkeit und Besserung in der Sprachstörung constatirt werden.

Die Krankheitsgeschichte giebt folgenden Bericht:

Juli 1889. Patient beantwortet alle Fragen regelmässig mit: „Da luchster". „Gut", folgt Aufforderungen nicht.

9. August 1889. Aufforderungen wie Aufstehen, Setzen, werden heute befolgt; indess nicht: Stuhl hoch heben!

Patient fragt Stuhl und antwortet auf die Frage des Untersuchenden: Wo ist er? „Weiss nicht"; während er neben dem Stuhl steht.

Digitized by Google

Den Arzt benennt er fast jedes Mal mit andern Namen, dabei bevorzugt er den Namen seines Wärters.

Vorgehaltene Gegenstände benennt er falsch: Federhalter mit „Stift", Tintenfass mit „Koll" dann „das das" und klopft mit der Hand auf den Tisch.

Zeigen ihm genannter Gegenstände gelingt besser. So zeigt er Rock, Bart, Nase, Hand richtig. Auf die Aufforderung einen Stuhl zu zeigen, fasst Patient an die Beine und stampft auf. Auch bei der Aufforderung den Daumen zu zeigen, ist Patient gleich ungeschickt: er zeigt auf die Zehen, zieht den Schuh aus und schlägt sich damit gegen den Bauch und sagt „hier".

Seinen Namen schreibt Patient richtig, dabei sind die Schriftzüge ohne wesentlichen Tremor.

Während der nächsten Monate bleibt der Zustand derselbe. Ausführlichere Untersuchungen sind in den Monaten Januar und Februar 1890 vorgenommen:

24. Januar 1890. Einfache Aufforderungen z. B. 10 Schritte vorwärts! befolgt Patient prompt.

Gezeigte Gegenstände benennt er zum Theil mit unverständlichen Worten, häufig mit dem Nanen seines Wärters, so Schlüssel „Koll".

Den Mitpatienten stiehlt er Tabak und Cigarren. Eine genauere Schriftprüfung (man vergleiche diese) ergiebt, dass Patient bei Abschrift von gedruckter Vorlage (I) Worte und Buchstaben versetzt, zum Theil auch wiederholt. Im Anfang findet sich ein correcter Satz.

Das Abschreiben einer Vorlage in geschriebener Schrift gelingt nicht besser. Es geht zwar schneller, doch werden auch hier Buchstaben und Worte versetzt, auch ausgelassen (II). Ein Sinn ist der Abschrift nicht zu entnehmen.

Viel schlechter geht das Schreiben auf Dictat. Nur die ersten drei Worte schreibt Patient richtig, dann wiederholt er für sich allein sowie im Zusammenhang unverständliche Worte in mehrfacher Folge, ohne sich von dem Dictirenden darin stören zu lassen (III).

Spontan zu schreiben ist Patient nur mit Mühe zu bewegen. Es sind nur wenige Worte, meist sinnlos zusammengesetzte, doch im Zusammenhang stehende und meist deutlich erkennbare Buchstabenzeichen. Doch sind auch einige nicht zu erkennende Zeichen darunter. Besonders häufig glaubt man Koll zu lesen. Es ist das der Name seines Wärters, den er auch beim Sprechen viel benutzte, und mit welchem er, wie schon erwähnt, häufig Gegenstände bezeichnete.

Ein wesentlicher Tremor ist in den Schriftzügen nicht zu erkennen.

6. Februar. Patient verhält sich gleichmässig ruhig und geordnet.

Von selbst spricht Patient nicht viel, sein Wortschatz ist gering. Ein genügendes Verständniss für das von ihm gesprochene hat er augenscheinlich nicht.

Digitized by Google

Zu einer Reihe ihm vorgelegter Fragen sagt Patient „ja“ oder wiederholt die Frage; u. A. antwortet er auf die Frage: Sind Sie ein Schaf? „ja“.

Einfache Aufforderungen z. B. die Anwesenden zu zählen, 20 Schritte zu gehen, werden richtig ausgeführt.

Gegenstände werden wie früher gar nicht oder falsch, nur wenige richtig bezeichnet, Bleifeder, Flasche, Deckel, Wachsstock werden falsch, häufig Koll bezeichnet. Nase, Knie, Fuss werden unter Nachsprechen richtig bezeichnet. Dabei ist anscheinend das Verständniss für die Gegenstände erhalten, so nimmt er eine Cigarre, beisst die Spitze ab und zündet sich dieselbe an, nachdem ihm eine Streichholzschachtel gereicht worden war.

Lesen einer Vorlage gelingt. Dabei wiederholt er eine Reihe. Ein einzelnes gedrucktes Wort liest er gut, für das Gelesene zeigt er kein Verständniss und kommt auch schriftlich gegebenen Aufforderungen nicht nach.

Die nochmals angestellte Schriftprüfung ergiebt, dass Patient spontan nicht schreibt, vielmehr nur 20 Striche an die Tafel macht. Auf die Aufforderung seinen Namen zu schreiben, schreibt er erst „Name“, dann schreibt er seinen Namen richtig, ohne ihn vorzusprechen.

Einzelne Worte werden in derselben Schrift wie in der Vorlage abgeschrieben; dabei malt Pat. sie nicht ab, sondern schreibt sie nach einmaligem Hinblicken.

Vorgepfiffene Melodien sucht er nachzupfeifen, er vermag auch die Melodie bekannter Lieder eine kurze Strecke weit, aber ohne Text, weiter zu singen. Es gelingt dies jedoch bei weiteren Versuchen nur für wenige Tacte in erkennbarer Weise.

Die verschiedenen Geschmacks- und Geruchsqualitäten bezeichnet er nicht. Lacht oder sagt „gut“ bei Chinin wie bei Zucker, bei Pfefferminz wie bei Asa foetida „schön“.

In Gang und Haltung nichts Besonderes.

R. Pupille ist etwa 0,6 cm weit, doppelt so weit als L. Letztere ist etwas verzogen. Auf diffuses Tageslicht reagiren dieselben nicht, bei Convergenz verkleinern sie sich merklich.

Die rechte Nasenlippenfalte ist ein wenig flach.

Pat. hört auf beiden Ohren.

8. Februar. Einfache Aufgaben, wie Hut holen, Knopf aufmachen, löst Pat. richtig.

Gegenstände benennt er zum Theil richtig, wie Flasche, Bürste, oder benennt sie falsch: Schlüssel „Asch“, Uhr „schön Schiff“, Bleifeder „schöne Uhr“.

Ihm genannte Gegenstände zeigt er richtig, so Lampe, Waschbecken. Unmittelbar darauf nach dem Namen der beiden Gegenstände gefragt, weiss er dieselben theils gar nicht, theils nur zur Hälfte zu nennen.

Vorgesprochene Worte spricht er richtig nach, selbst solche Worte, wie Fremdworte, welche er nie gehört hat und nicht versteht.

Digitized by Google

Pat. spielt Puff, nennt dabei die Würfelzahl richtig. Im weitern Verlauf spielt er falsch, doch zeigt sich, dass er mit den verschiedenen Würfelzahlen verschiedene wahrscheinlich die richtigen Vorstellungen verbindet. Auch bezeichnet er verschiedene Zahlen von Fingern beim Vorhalten richtig; hebt man 2 Hände in die Höhe, so zählt Pat. nicht zusammen, sondern sagt 5, 3—2, 1 Finger.

17. März. Othaematoma sinistr. wohl in Folge Schlages eines Kranken. Mehrmalige Untersuchungen des Augenhintergrundes (Dr. *Uthoff*, Dr. *Hölzke*) ergaben ein negatives Resultat.

24. Mai. Pat. erstickt an einem Stück Brod.

Die Section (H. Dr. *Otto*) fand am 1. Tage nach dem Tode statt. Sie ergab als Todesursache Erstickung durch einen Fremdkörper im Larynx.

Was die grossen Körperhöhlen betrifft, so wurde Lungenemphysem, chronische Bronchitis, Erweiterung der rechten Herzkammer mit Hypertrophie derselben gefunden.

Ausführlich möge der Befund der Schädelhöhle wiedergegeben werden.

Das Schädeldach ist leicht verklebt, rundlich; die Nähte sind erhalten. Die Zwischenknochensubstanz ist stellenweise verschwunden. Das Schädeldach ist schwer; die innere Oberfläche desselben zeigt einzelne knöcherne Hervortreibungen.

Die Innenfläche der Dura ist leicht rostfarbig verfärbt, aber sonst glatt. Die Pia mater ist beiderseits weisslich trübe.

Das Gehirngewicht beträgt 1345 g.

Die Furchen klaffen weit, stellenweise sind die Klappen der Pia zu Cysten erweitert, besonders am untern Ende der vorderen Centralwindung und ihrem Uebergang über die 3. und 2. Frontalwindung. Am Schädelgrunde sind auf der Innenfläche der Dura feinste rostfarbene Beschläge, welche sich leicht abschieben lassen. In den Blutleitern ist dunkles flüssiges Blut.

Die äussere Fläche des linken Schläfenlappens sieht etwas mehr gelbroth aus, als die entsprechende der rechten Seite.

Auch die Pia der Basis ist trübe; sie ist im ganzen verdickt und zieht sich gut in grossen Stücken ab.

Die Gefässe der Basis enthalten fast kein Blut und haben zarte Wandungen.

Die Optici sehen auf Durchschnitten weiss aus; auch an den übrigen Nerven ist makroskopisch nichts Besonderes zu sehen.

Bei einer oberflächlichen Betrachtung fällt auf, dass die Windungen des linken Schläfenlappens bedeutend schmäler sind als rechts.

Die Seitenventrikel sind stark ausgedehnt; ihr Ependym ist granulirt.

An Frontalschnitten zeigt sich, dass die Rinde des linken Schläfenlappens geschmälert und in ihrem Gefüge gelockert und stellenweise von der Markmasse abgehoben ist.

Nirgend fand sich ein Erweichungherd.

Digitized by Google

Am Rückenmark ist makroskopisch weder an den Häuten noch am Mark selber etwas Abweichendes zu sehen.

Das Gehirn wurde, wie im Bericht angegeben, in Frontalschnitte zerlegt und in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet.

Bevor es zwecks mikroskopischer Untersuchung weiter zerschnitten wurde, wurde folgender Nachtrag zu obigem Befunde gemacht:

Der erste Frontalschnitt fiel unmittelbar vor der Spitze des Schläfenlappens, er zeigt keine Differenzen zwischen beiden Seiten.

Der zweite Frontalschnitt war dicht hinter dem Chiasma gelegen. Hier nimmt man eine auffallende Verschiedenheit in der Breite der ersten Schläfenwindungen der beiden Hemisphären wahr. Es ergiebt die Messung, wobei der Maassstab in der Richtung von vorn nach hinten angelegt war, links 5 mm, rechts 10 mm als Breite der 1. Schläfenwindung. Die 2. Schläfenwindung hat rechterseits eine glatte Oberfläche, links erscheint dieselbe unregelmässig und wie gekerbt (siehe Zeichnung, Taf. I Fig. I).

Der dritte Frontalschnitt lässt den Balkenwulst gerade unverletzt. Abgesehen von der auch hier sich geltend machenden Differenz der beiden ersten Schläfenwindungen ist hier noch besonders die grössere Erweiterung des linken Ventrikels auffallend. Bereits am vorhergehenden Frontalschnitt kann man, wie auch die Zeichnung erkennen lässt, dieses Verhältniss beobachten. In der Richtung von oben nach unten gemessen ist der Durchmesser des Ventrikels rechts 1 cm, links $1^1/_2$ cm.

Auf der basalen Seite des Gehirns sind keine Differenzen auffallend.

Auf der convexen Seite dagegen tritt die angegebene Veränderung der ersten linken Schläfenwindung im ganzen Verlauf derselben gleichmässig hervor. Auch erscheint die linke Supramarginalwindung links etwas schmäler als rechts.

Zur mikroskopischen Untersuchung gelangten 1. Rindenstücke und zwar wurden an möglichst symmetrischen Stellen auf beiden Hemisphären folgenden Windungen Stücke entnommen: 1) Gyrus temporalis I, 2) Gyrus temporalis II, 3) Gyrus frontalis III und zwar vom Pars opercularis, 4) Gyrus centralis posterior, 5) Gyrus rectus, ferner wurde das Mittelhirn und zwar, wie gleich erwähnt werden soll, nur mit Berücksichtigung des Ganglion geniculatum internum untersucht.

Was Härtung und Färbung betrifft, so wurde die meist übliche Methode eingeschlagen. Nach Härtung in Müller'scher Nachhärtung in Alkohol, Einbetten und Aufkleben mit Celloidin, Schneiden mit dem Mikrotom in $^3/_{100}$ mm Schnitte. Die Färbung geschah mit Nigrosin oder Carmin, mit Hämatoxylin und auch nach Pal. Conservirt wurden die Schnitte in Balsam.

Es würde eine ganz eingehende mikroskopische Beschreibung der einzelnen Schnitte zu weit führen. Es möge gestattet sein, soweit es angeht, sie summarisch wiederzugeben und nur auf einzelne Punkte, soweit es nothwendig erscheint, näher einzugehen.

Digitized by Google

Der Vergleich der beiderseitigen Schläfenwindungen mit blossem Auge lässt zunächst deutlich die Verschmälerung der linken erkennen. Es ist ferner ganz deutlich beim Vergleich der beiderseitigen Windungen, dass die Verschmälerung ebensowohl das Mark als auch die Rinde getroffen hat.

Ferner ist bei Betrachtung mit blossem Auge auffallend einmal die grosse Anzahl kleiner Lücken in der Markmasse der linken Schl.-W., ferner in der Rindensubstanz die hellere Zone, welche nach innen von der Randzone sowohl im Pal- wie Nigrosinschnitt sich zeigt (siehe Figur II).

Bei der Betrachtung der Schnitte (Pal, Nigrosin) unter dem Mikroskop (*Zeiss*, Ocular 2 Obj. A. Vergrösserung 52 oder Objectiv D. Vergr. 230. Blende 3 mm) bieten die Zellen in der rechten Schläfenwindung in Zahl und Anordnung im ganzen normale Verhältnisse. Tangentialfasern fehlen ganz; auch die supraradiären Fasern fehlen gänzlich. Intraradiäre Fasern sind nur in den untersten Schichten zu sehen.

Die Gefässe seigen an verschiedenen Stellen Verdickung ihrer Wandung. Nach dem Mark zu sind einige grosse Lücken bemerkbar, welche ungefärbte Kreise darstellen und als erweiterte perivasculäre Lymphräume aufgefasst werden könnten.

In der Randzone ist eine reichliche Anzahl Spinnenzellen zu sehen.

In der linken Schläfenwindung (Pal und Nigrosin, Betrachtung mit den beiden resp. Vergr.) ist die Vermehrung der Spinnenzellen eine viel bedeutendere. Dagegen ist die Rinde äusserst arm an Pyramidenzellen namentlich in der schon bei Betrachtung mit blossen Auge als hellere Zone sich darbietenden Schicht, welche der 2. und 3. *Meynert*'schen Schicht, entspricht. Die wenigen hier in diesem und jenem Gesichtsfelde sich darbietenden Ganglienzellen sind in ihrer Form verändert, sie erscheinen klumpig. Diese Zone, welche sich nach innen von der Randzone deutlich gegenüber den andern Schichten abscheidet, ist im Nigrosinpräparat so wie im Pal wenig gefärbt und lässt bei weiterer Betrachtung eine grosse Zahl von Lücken im Gewebe erkennen. In einigen solcher Lücken glaubt man im Centrum eine klumpige Masse zu sehen, welche an eine Ganglienzelle erinnern könnte. Auch an den grossen Pyramiden- sowie an den Spindelzellen ist offenbar ein Mangel wahrzunehmen.

Was die Fasern betrifft, so ist auch hier ein absoluter Mangel der Tangentialfasern sowie der supraradiären Fasern wahrzunehmen. Intraradiäre Fasern sind ebenfalls nur sehr spärlich. Die Markmasse selbst sieht klumpig aus und zeigt, wie schon erwähnt, eine grosse Anzahl von Lücken in ihrem Gewebe. Bei genauerer Betrachtung erweisen sich diese Lücken ganz leer oder sie lassen im Centrum ein Gefäss mit kleinerem oder grösserem Lumen erkennen. Nirgends aber füllt das Gefäss den im Präparat sich als Lücke darbietenden Raum aus.

Die Gefässe sind auch hier verdickt in den Wandungen und haben theilweise erweitertes Lumen (Figur III). Siehe die Zeichnung, welche mit Zeichenapparat nach *Seibert* 1 : 2 (45) aufgenommen ist.

Digitized by Google

Die Untersuchung auf Fettkörnchenzellen ergab ein negatives Resultat.

Ein Vergleich zweier mit Hämatoxylin gefärbter Schnitte der rechten und linken Schl.-W. ergiebt eine ganz kolossale Kernvermehrung der linken Schläfenwindung; die Vermehrung bietet in den verschiedenen Schichten des Präparats keinen Unterschied.

2. rechte und linke Schläfenwindung.

Bei makroskopischer Betrachtung ist links die grosse Anzahl von Lücken im Gewebe auffallend. Eine Verschmälerung der linken Windung gegenüber der rechten ist jetzt nicht wahrzunehmen, wie man es bei der Betrachtung des Schläfenlappens in toto wahrzunehmen glaubte. Nicht ausgebildet, vielmehr nur schwach angedeutet ist auch in der 2. linken Schläfenwindung die bei der 1. linken so ausgeprägt zu Tage tretende ungefärbte Zone.

Die mikroskopische Betrachtung giebt im allgemeinen bei der 2. rechten Schl.-W. dasselbe Bild wie bei der 1. rechten. Links ist der makroskopisch helleren Zone entsprechend ein erheblicher Mangel in der Schicht der kleinen Pyramiden wahrzunehmen.

Im übrigen ist rechts wie links der absolute Fasermangel in der Tangentialschicht, das Fehlen der supra- sowie der intraradiären Fasern zu constatiren. Ferner ist die Vermehrung der Spinnenzellen, die Verdickung der Wandungen der Gefässe, die Erweiterung der pericellulären und perivasculären Räume zu bemerken.

3. Stirnwindung pars opercularis rechts und links.

Die hier wahrnehmbaren Veränderungen sind auf der linken Seite nicht erheblicher als auf der rechten. Beiderseits: absoluter Mangel der Tangentialfasern, spärliche supraradiäre Fasern und nur wenig mehr intraradiäre Fasern. Keine wahrnehmbare Veränderung der Ganglienzellen; geringe Erweiterung der pericellulären Räume. Verdickung der Gefässwandungen, Erweiterung der perivasculären Räume, Vermehrung der Spinnenzellen.

Auch das Resultat der Untersuchung der ferner zur mikroskopischen Betrachtung gelangten Rindenstücke, Hintere Central- und 1. Stirnwindung kann gemeinsam dahin angegeben werden, dass es analog dem Befunde der 3. Stirnwindung war. Nur in der ersten Stirnwindung wurden einige ganz spärliche Tangentialfasern gesehen.

Es gelangte ferner, wie ich bereits erwähnte, das Mittelhirn mit Rücksicht auf das Ganglion geniculatum internum zur Untersuchung.

Schon makroskopisch zeigte sich, dass das linksseitige Ganglion kleiner und flacher war als das rechtsseitige. Es ist dieser Unterschied auch am mikroskopischen Präparat deutlich wahrzunehmen. Es hat das rechte Ganglion einen convexen Rand, das linke einen concaven. Bei Betrachtung unter dem Mikroskop tritt auf der linken Seite deutlich der Fasermangel hervor; namentlich fehlen die feineren Fasernetze, welche rechts die Zellen umspinnen. Auch die Zellen sind links an Zahl geringer als rechts. Ueber die Zellen selber genauere Angaben zu machen ist nicht möglich, indess

Digitized by Google

ist noch zu erwähnen, dass die pericellulären Räume linkerseits etwas erweitert sind (siehe Figur IV).

Soweit die objectiven Angaben über den Fall.

Bespreche ich ihn zunächst von der klinischen Seite, so ist folgendes Resumé über den Krankheitsverlauf zu machen. Ein 45jähriger Mensch erkrankt unter den Erscheinungen von Grössenideen und Tobsucht. Im weiteren Verlauf der Krankheit wird der Patient euphorisch und zeigt eine mässige Schwäche der Einsicht und des Gedächtnisses. Die später dazu tretende Störung im sprachlichen Ausdruck hinderte über die etwaige Zunahme der zweifellos vorhandenen Demenz ein sicheres Urtheil zu gewinnen. Lähmungserscheinungen der Extremitäten kamen nicht zur Beobachtung. Es bestand dauernd Pupillendifferenz und Starre der Pupillen auf Lichteinfall. Die Aussprache der Worte war nur wenig gestört und gab sich nur bei den schwereren Paradigmaten zu erkennen. Apoplectiforme Anfälle sind nie aufgetreten. Die genannten Symptome hielten bis zum Tode an; dieser trat in Folge eines intercurrenten Ereignisses ein. Das skizzirte Krankheitsbild kann füglich als progressive Paralyse bezeichnet werden.

Im Laufe der Krankheit nun trat ein anderer Symptomencomplex ganz besonders in den Vordergrund. Das erste Mal nach kurzer Zeit vorübergehend kennzeichnete es sich als fast complete Aphasie. Wenige Wochen später trat es von Neuem in Erscheinung und hielt mit verhältnissmässig nur in geringem Grade wechselnder Intensität bis zum Tode an. So war es möglich, während 10 Monate durch mehrmalige Untersuchungen, welche durch die herabgesetzte Intelligenz des Patienten allerdings erschwert waren, den Grad der Aphasie, und als solcher kann der Mangel des sprachlichen Ausdrucks ohne Zweifel bezeichnet werden, festzustellen.

Pat. besass nur einen geringen Wortschatz, den er spontan nur selten gebrauchte. Dabei war das Verständniss für das von ihm gesprochene merklich herabgesetzt; häufig waren die gesprochenen Worte verstümmelt. Mangelhaft war ferner sein Verständniss für an ihn gerichtete Worte. Während er indess einfache Aufgaben richtig lösen, so auf Aufforderung Gegenstände richtig zeigen konnte, stand es viel schlechter mit der Fähigkeit, die ihm

Digitized by Google

gezeigten Gegenstände richtig zu benennen. Nachzusprechen war Patient gut im Stande.

Gestört war ferner das spontane Schreiben, mangelhaft ging das Schreiben auf Dictat, besser gelang das Schreiben nach einer Vorlage. Zumeist wurde in Buchstabenform geschrieben, doch wurden dabei Buchstaben verwechselt und die Worte entstellt. Das Geschriebene war sinnlos. Erhalten war die Fähigkeit zu lesen; das Verständniss des Gelesenen war mangelhaft. Das musikalische Ausdrucksvermögen war erhalten.

Es ist noch hervorzuheben, dass Patient die Bedeutung der Gegenstände erkannte. Ist doch noch im Krankheitsbericht ausdrücklich angegeben, dass der Kranke sich fremden Tabak und Cigarren aneignete, gelegentlich auch eine ihm gereichte Cigarre nahm, die Spitze abbiss etc.

Es lässt sich nun die Frage aufwerfen, welcher Gruppe der Aphasien dieser Fall zuzuzählen ist.

Handelte es sich um eine Störung auf der centripetalen oder auf der centrifugalen Sprachbahn? so ist zunächst zu fragen. Sehe ich hier ab von den älteren Unterscheidungen, welche bei den aphasischen Erkrankungen gemacht wurden, und lege ich hier das *Wernicke-Lichtheim*'sche Schema zu Grunde, das die Lehre von der Aphasie in einer lichtvollen Weise dargelegt hat, so ist zunächst zu constatiren, dass eine vollkommene Unterbrechung einer der Sprachbahnen an keiner Stelle stattgefunden haben kann. Da unser Patient ungestört nachsprechen konnte, so ergiebt sich aus der *Wernicke*'schen Theorie, dass die Bahn vom Ohr zum Klangbild, also die centripetale, das Klangbild selber, weiter die Bahn vom Klangbild (auch sensorisches Centrum genannt) zum Wortbewegungsbild, dem sogenannten motorischen Sprachcentrum, dies Centrum selber und die Bahn von diesem zum Mund, also die centrifugale Bahn keine Störung erlitten haben konnte. Demnach wäre die Störung in den transcorticalen Bahnen zu suchen, in jenen Bahnen, welche die beiden Sprachcentren, das sensorische und das motorische, mit dem Begriffscentrum verbinden.

Wie oben gesagt wurde, war der Patient nun ganz besonders ausser Stande, ihm gezeigte Gegenstände zu benennen; so musste also eine Läsion auf der motorischen Seite der Sprachbahnen vorhanden sein; konnte nun aber die Bahn vom motorischen Sprach-

Digitized by Google

centrum zum Mund, sowie dieses Centrum selbst als intact angenommen werden, so ist nunmehr zu folgern, dass die Störung nur zwischen dem Begriffscentrum und dem motorischen Sprachcentrum angenommen werden konnte. Im *Wernicke*'schen Sinne musste also eine transcorticale motorische Sprachstörung als vorliegend erachtet werden. Doch auch auf dem sensorischen Gebiete musste eine Störung angenommen werden; es war, wie oben gezeigt wurde, das Verständniss an ihn gerichteter Worte nur mangelhaft, mangelhaft war das Verständniss des Gelesenen, ganz besonders war auch das spontane Schreiben gestört. In analoger Weise, wie auf der motorischen Sprachbahn die Läsionsstelle in die transcorticale Bahn gelegt werden musste, kommen wir auch jetzt dazu, die Störung der sensorischen Seite der Sprachbahn in der transcorticalen Bahn zu suchen, indem wir uns erinnern, dass wir aus dem stets in gleicher Weise constatirten Symptome, dass der Patient nachsprechen konnte, schliessen, dass das sensorische Centrum selbst und die Leitung von diesem zum Ohr ungeschädigt war. Damit gelange ich vom klinischen Standpunkte dazu, eine Störung in beiden transcorticalen Bahnen anzunehmen, dabei wäre indess die Läsion auf der motorischen Seite als eine bei weitem stärkere zu denken als die auf der sensorischen.

Hier möchte ich noch einige Worte einschalten, um dem etwa aufzustellenden Einwurf zu begegnen, dass aus den genannten Schädigungen eine so exacte Diagnose nicht zu stellen wäre, da es sich im vorliegenden Falle um einen Paralytiker handelte. Ich glaube diesen Einwurf zurückweisen zu dürfen. Allerdings handelte es sich um einen Kranken mit stark herabgesetzter Intelligenz; aber nehmen wir auch das Begriffsvermögen als gemindert an, so ergaben doch die mehrfach während vieler Monate wiederholten genauen Untersuchungen ein sich so sehr ähnelndes Resultat, dass sehr wohl auf Grund derselben zu einer eingehenderen Diagnosticirung geschritten werden konnte.

Was nun den pathologischen Befund betrifft, so fanden sich zunächst Veränderungen, welche als solche betrachtet werden, deren Vorkommen man als charakteristisch für progressive Paralyse anspricht; ich nenne die Veränderungen am Schädelknochen, an der Dura und Pia. Mikroskopisch wurden an sämmtlichen untersuchten Rindenstücken Vermehrung des gesammten interstitiellen Gewebes,

Digitized by Google

krankhafte Veränderung der Gefässe, Erweiterung der pericellulären und perivasculären Räume, insbesondere Schwund der Nervenfasern wahrgenommen. Diese Befunde zusammen mit der noch nicht erwähnten Abnahme des Hirngewichts unterstützen jedenfalls die Annahme hinreichend, dass es sich im vorliegenden Fall um eine diffuse Hirnerkrankung handelte, welche die progressive Paralyse darstellt.

Dieser Process nun ist complicirt mit einer Herderkrankung in der 1. linken Schläfenwindung, wo sich Schwund und Entartung der Zellen und degenerative Veränderung im Mark mit Schrumpfung der gesammten Rinde hinzugesellte. Pathologisch-anatomisch dürfte dieser Befund als ein ganz ungewöhnlich hoher Grad eines systematischen Degenerationsprocesses aufzufassen sein. Bei der Angabe der in der Literatur bereits beschriebenen Fälle von Aphasie bei Paralyse (s. p. 257) wurde auch ein *Rosenthal*'scher Fall angeführt, in welchem sich bei der Section eine stark atrophische 1. Schläfenwindung vorfand. Es ist dies der einzige mir bekannt gewordene Fall, welcher zu dem oben beschriebenen nach dieser Richtung hin in Parallele gestellt werden könnte. Nicht eine Erweichung, sondern ein hoher Grad eines degenerativen Processes lag dort vor, ebenso wie in unserm besprochenen Falle. Doch ist in jenem ein mikroskopischer Befund nicht angegeben.

Lissauer, welcher nur zu früh der Wissenschaft entrissen wurde, hat ein besonderes Studium den Herdsymptomen und Herderkrankungen bei der Paralyse zugewandt. Es ist interessant, dass dieser ganz ähnliche anatomische Befunde angeben konnte, als wie sie oben beschrieben sind, allerdings sind diese Ergebnisse an andern Windungen gefunden. In einem Vortrag: „Klinisches und Anatomisches über die Herdsymptome bei Paralyse", welchen *L.* in einer Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte am 2. März 1891 zu Breslau hielt — leider stand mir nur das Referat darüber im Centralbl. f. Psych. Jahrg. 1891 zu Gebote — macht *L.* auf die Nothwendigkeit der Rindenuntersuchungen, um die pathologische Unterlage einzelner Symptome bei Paralyse zu ergründen, aufmerksam. Er fand nun in den von ihm untersuchten Fällen (Monoplegia brachialis, Hemianopsie) an dicken Schnitten von Chrompräparaten helle Schichten, die normaler Weise fehlen. In Alkoholschnitten liess sich dem entsprechend ein starker Schwund

Digitized by Google

von Ganglienzellen in bestimmten Schichten nachweisen und zwar betraf derselbe vorwiegend die 2. und 3. Schicht des *Meynert*'schen Schemas. Dieselben können fast vollständig verschwinden, auch die übrigen Zellformen leiden dabei mit Ausnahme der sehr resistenten Körnerschicht, welche fast ganz allein stellenweise übrig blieb. *L.* nun nennt diese schichtweise Degeneration einen ganz ungewöhnlich hohen Grad eines systematischen Degenerationsprocesses, welcher überhaupt die Paralyse ausmacht; dieser Process führt nicht nur zum Faserschwund, sondern auch zum Schwund der Zellen.

Dass im vorliegenden Falle die pathologischen Verhältnisse ganz analoge waren, wie sie von *L.* beschrieben worden sind, bedarf keiner weiteren Darlegung.

Es ist noch auf einen Punkt die Aufmerksamkeit zu lenken, das ist auf die Veränderung des Ganglion geniculatum internum sinistrum.

Bereits von *Wernicke* wurde ein Zusammenhang zwischen diesem Ganglion und dem Schläfenlappen vermuthet. Von *v. Monakow* wurde experimentell die secundäre Degeneration dieses Ganglions nach Exstirpation des Schläfenlappens am Kaninchen nachgewiesen. (Weitere Mittheilungen über durch Exstirpation circumscripter Hirnwindungen bedingte Entwicklungshemmungen des Kaninchengehirns von *v. Monakow*, 1882 Bd. XII Arch. f. Psych.) Endlich hatte *Zacher* neuerdings durch mehrere Fälle den Zusammenhang zwischen Schläfenlappen und Ganglion geniculatum internum nachweisen können. (Beiträge zur Kenntniss des Faserverlaufs im Pes pedunculi sowie über die corticalen Beziehungen im Ganglion geniculatum internum. Arch. f. Psych. XXII. Bd., 1891.) Im vorliegenden Falle wurde die mikroskopische Untersuchung allerdings auf nur wenige Theile des Gehirns beschränkt; indess beim Fehlen jeglicher Erweichungsherde, bei der Beschränkung der Affection auf den linken Schläfenlappen halte ich auch den besprochenen Fall für beweiskräftig genug, um die Annahme des Zusammenhangs zu bestätigen.

Es erübrigt noch, den pathologischen Befund epikritisch dem klinischen gegenüber zu stellen. Was zunächst die progressive Paralyse betrifft, als welche die schwere psychische Störung diagnosticirt wurde, so fand sich die Annahme, dass diese Krankheit vorlag,

Digitized by Google

wie schon betont wurde, durch die Section bestätigt. Etwas näher ist auf die Herderkrankung und die unzweifelhaft auf diese zurückzuführenden aphasischen Symptome einzugehen.

Es wurde als Ursache der in vivo in ausgesprochenem Maasse vorhandenen Aphasie eine Erkrankung in der 1. linken Schläfenwindung gefunden; bekanntermaassen ist dieser Ort nach denjenigen Kenntnissen, welche wir zur Zeit über die Localisation im Gehirn besitzen, als das sensorische Centrum der Sprache anzusehen. Pathologisch-anatomisch also bestand nur eine Herderkrankung, und zwar im sensorischen Gebiete; klinisch bestand zwar auch eine Störung auf der centripetalen Sprachbahn, doch viel mehr ausgesprochen eine Störung auf der centrifugalen Sprachbahn. Es musste demnach nach dem klinischen Befunde daran gedacht werden, dass die Läsion, welche offenbar in der Rinde, soweit sie als Sprachcentrum in Anspruch genommen wird, vorhanden war, in dem Theil sich befand, welcher centripetal wirkt. Es musste also eine Läsion in der *Broca*'schen Windung, resp. in der Nähe derselben, vermuthet werden, was, wie gezeigt ist, indess nicht der Fall war. Wenn nun auch nicht vergessen werden darf, dass das Schema, nach welchem die Rubricirung des Falles versucht wurde, ein rein klinisches ist, berufen die Mannigfaltigkeit der Störungen, welche in der Sprache vorkommen, dem Verständniss nahezubringen, so darf doch nie davon abgesehen werden, die klinischen Symptome und den pathologischen Befund, wenn angängig, in Uebereinstimmung zu bringen. Und gerade muss der Versuch am meisten und mit ganz besonderem Nachdrucke bei der Sprache und den Störungen derselben gemacht werden, da doch grade hier der Angriffspunkt gegeben ist, um für psychische Vorgänge, und als solche sind die Functionen, welche bei der Sprache thätig sind, doch aufzufassen, eine ganz exacte beschränkte anatomische Grundlage zu finden.

Hier ist nun die Frage zu stellen, ob andere Hypothesen als die *Wernicke*'sche einer solchen Anforderung genügen würden. Leider ist diese Frage zu verneinen. Ja, gerade die neueren Arbeiten, welche sich mit der Aphasie beschäftigen, gehen auf die grob fassbaren pathologischen Ursachen nicht ein, sondern beschäftigen sich allein vom klinischen resp. speculativem Standpunkte mit dem Zustandekommen und der Entwicklung der Sprache und ihren

Digitized by Google

Störungen. Gegenüber der *Wernicke*'schen Theorie nun, deren Kenntniss wohl vorausgesetzt werden darf, haben neuerdings *Freud*, Wien (Zur Auffassung der Aphasien, Lpzg. 1891) und *Moeli*, Dalldorf (Ueber den gegenwärtigen Standpunkt der Aphasiefrage, Berl. kl. Wochenschrift, 1891, No. 48) in Anlehnung an die *Kussmaul*'sche Ansicht erörtert, eine welch' höhere Bedeutung das Klangbild für das Wesen der Sprache hat als das Wortbewegungsbild. Es würde erforderlich sein, in eingehendstem Maasse die ausgezeichnete *Freud*'sche Arbeit darzulegen, sollte an diese weiter angeknüpft werden. Auf die *Moeli*'schen Ausführungen und auf dessen Schema sei mir gestattet mit einigen Worten einzugehen.

Die Entwickelung des Sprachvorgangs gestaltet sich nach diesem Autor folgendermaassen: Die an die Wortklangstätte (*Wernicke*'s sensorisches Centrum) gelangenden akustischen Erregungen regen zunächst das Nachsprechen an, dadurch dass die Uebertragung der Erregung auf die Bewegungselemente (motorisches Centrum) stattfindet; es wird durch die an die Wortklangstätte gelangenden Erregungen ferner das Wortverständniss für die gewonnenen Begriffe ermöglicht und schliesslich auch vermittelst der Wortklänge die Begriff-Wortbewegung hergestellt. Die im Anfang nothwendige Controlle des begrifflichen Sprechens durch das Ohr, indem durch Aussprechen des Wortes der Wortklang mit dem Begriff verglichen wird, wird später, sobald die Wortklänge genügend gefestigt sind, unnöthig. Die Buchstabensprache tritt erst später hinzu; auf diese soll hier nicht näher eingegangen werden.

Für die Betrachtung der Aphasie, so lauten die Ausführungen des genannten Autors weiter, ist nun von grundlegender Bedeutung, dass die einzelnen Vorgänge der Wortbewegung, des Wortverständnisses, des Nachsprechens, des Lesens und Schreibens keineswegs gleichbedeutende Leistungen sind. Eine gleichmässige Beeinträchtigung dieser Functionen hat auch keineswegs statt. Auch handelt es sich ja bei den den klinischen Beobachtungen zu Grunde liegenden Gehirnveränderungen nicht um die vollständige Aufhebung jeder Thätigkeit der Nervenelemente. So kann bei unvollkommener Störung der Worklangelemente eine ungleiche Erregbarkeit einzelner Elemente das Verständniss des Gesprochenen erheblich erschweren und dasselbe von der Kürze oder der Geläufigkeit der durch das Ohr aufgenommenen Worte abhängig machen,

Digitized by Google

während das Nachsprechen kurzer Wörter noch erhalten ist. So lassen sich je nach der Schädigung der verschiedenen Bahnen verschiedene sprachliche Störungen construiren.

Das Wichtigste in den Auseinandersetzungen *Moeli*'s ist nun die Abweichung von dem *Wernicke*'schen Schema, dass nämlich eine directe Bahn vom Begriffe zum Wortbewegungsfelde nicht angenommen wird, sondern der Weg auch beim Erwachsenen über die Wortklangstätte gelegt worden ist, wenn auch später die Function dieser Stätte gegenüber der früheren Thätigkeit bei der Erlernung der Sprache zurücktritt.

Obwohl nun von *M.* die angenommenen Felder und Bahnen nicht zu bestimmten anatomischen Gebilden oder zu bestimmten Gehirnabschnitten in Beziehungen gebracht werden, er vielmehr eingangs der Arbeit gerade dies ganz ausdrücklich betont, so mag es dennoch gestattet sein, die *Moeli*'schen Auseinandersetzungen bei dem oben besprochenen Falle anzuwenden.

Es war der Schluss gemacht worden, dass es sich nach dem *Wernicke*'schen Schema um eine Störung in den transcorticalen Bahnen handelt, und zwar um eine schwerere auf der motorischen als auf der sensorischen Seite. Der Obductionsbefund ergab eine Herderkrankung im Schläfenlappen, also eine Erkrankung allein in dem als sensorisch angesprochenen Theile der anatomischen Grundlage für die Sprachvorgänge. Es sollte versucht werden, diese Differenz, welche in den Befunden sich ergab, auszugleichen, indem eine andere Auffassung als die *Wernicke*'sche zu Grunde gelegt werden sollte.

Nach den *Moeli*'schen Auseinandersetzungen würden sich nun durch die Annahme einer einzigen Störung die klinisch ausführlich dargelegten Symptome erklären lassen. Da eine vollkommene Zerstörung der Sprachbahn an irgend einer Stelle ausgeschlossen ist, so kann nur von einer Schädigung derselben die Rede sein; diese aber muss entweder in der für die Klangbilder angenommenen Stätte selbst gesucht werden oder in den diese mit dem Begriffscentrum verbindenden Bahnen. Da die vom Klangbild zum Begriff und die umgekehrt vom Begriff zum Klangbild verlaufenden Bahnen auch anatomisch einander nahe gedacht werden müssen, so könnte ein Herd dieselben gleichzeitig geschädigt haben. Die Folgen nun, welche aus einer Schädigung dieser Bahnen oder auch der Wort-

Digitized by Google

klangbildstätte selbst entstehen würden, müssten einander sehr ähnlich sein. In beiden Fällen hätte man centripetal erschwertes Verständniss des Gesprochenen und Gelesenen, centrifugal erschwerte Benennungsfähigkeit und mangelhafte spontane Sprache zu erwarten, wie es im besprochenen Krankheitsbilde der Fall war. Das ungestörte Nachsprechen ist bei der Annahme einer Schädigung der Bahn oberhalb der Wortklangbildstätte ohne weiteres verständlich; bei einer Schädigung dieser Stätte selbst würde auch dieses Symptom die Annahme nicht widerlegen, indem zu bedenken ist, dass die Wortklangbildstätte sicher viel geringerer Erregung bedarf, um die Erregung auf das Wortbewegungsbild zu übertragen als den mit dem Worte verbundenen Begriff zu erwecken. Ist doch nur zu erinnern, dass das Kind erst nachsprechen lernt, bevor das Begriffscentrum vom Wortklangsbild angeregt wird.

Für die Wortklangbildstätte hat man nun nach den bisherigen Erfahrungen die anatomische Grundlage in der 1. linken Schläfenwindung zu suchen. Es würde also die nach den letzten Ausführungen in Erwägung gezogene Schädigung der Klangbildstätte correspondiren mit der bei der Section gefundenen Herderkrankung im Gehirn. Bei der Annahme einer Schädigung in den zum und vom Begriff führenden Bahnen fehlt es an der Kenntniss, wo wir diese Bahnen im Gehirn zu localisiren haben. Der einzige genauer beobachtete Fall, den man hier anführen könnte, ist meines Wissens der von *Heubner* in *Schmidt*'s Jahrbüchern (Bd. 222 p. 215, Bd. 224 p. 220, Jhrg. 1889) beschriebene Fall, in welchem klinisch die Symptome einer transcorticalen sensorischen Aphasie bestanden hat — dieselbe würde nach den *Moeli*'schen Ausführungen einer Begriff-Wortklang plus Wortklang-Begriff-Lähmung gleich gesetzt werden müssen —; bei der Section fand sich, abgesehen von den überall verschmälerten Windungen an der Uebergangsstelle von dem Lob. parietalis inferior linkerseits nach dem hintern Schenkel des Gyrus supramarginalis und der 1. Temporalwindung ein grösserer Herd gelber Erweichung mit starkem Substanzverlust der Rinde, weniger der angrenzenden Marksubstanz, welcher erstlich die untere Partie der untern Parietalwindung und die mittlere Partie des Gyrus supramarginalis bis nahe zur Endigung der Fossa Sylvii quer in einer Ausdehnung von 27 mm durchsetzte und zweitens in dem Sulcus zwischen 1. und 2. Temporalwindung so weit nach

Digitized by Google

vorn sich erstreckte, dass die Länge des Herdes an dieser Stelle 65 mm betrug.

H. nennt ganz treffend diese Erweichung einen Schnitt, welcher die 1. Schläfenwindung intact gelassen hat, den Zusammenhang aber zwischen Sprachbegriff und Sachbegriff der Worte gelöst hat.

Anatomisch würde die Localisation des Herdes der in unserm Fall stattgehabten nicht entsprechen; doch erlaubt dieser eine Fall, so trefflich er sich im übrigen in der Theorie der aphasischen Störungen wird verwerthen lassen, nicht weitere Schlüsse in Bezug auf den hier besprochenen zu machen. Wir müssen uns deshalb begnügen mit dem Resultat, dass die Annahme einer Schädigung in der Klangbildstätte die klinischen Symptome erklären würde und dieser Annahme der pathologische Befund entsprechen würde.

Resumire ich, so verdiente der besprochene Fall das ihm zugewandte Interresse nach mehreren Richtungen hin:

1. Durch das Auftreten und die lange Dauer der Aphasie bei allgemeiner Paralyse ohne Lähmungserscheinungen der Extremitäten, ohne Hemianopsie, ohne Vorangehen eines apoplectiformen Anfalls.

2. Durch die Art der Aphasie, welche nach dem *Wernicke*schen Schema als eine Schädigung der transcorticalen sensorischen und motorischen (besonders der letzteren) angesehen werden musste; nach den *Moeli*'schen Darlegungen konnte sie als eine Schädigung der Wortklangbildstätte gedeutet werden; dabei war nicht ausser Acht zu lassen, dass die Störung hiernach auch in einer Schädigung der die Wortklangbildstätte mit dem Begriff verbindenden Bahnen bestehen konnte.

3. Durch den pathologischen Befund, welcher als die Ursache der Aphasie einen höchsten Grad des interstitiellen chronischen Processes, der das ganze Gehirn in geringerem Grade betroffen hatte, zu erkennen gab.

4. Durch die secundäre Degeneration des Ganglion geniculatum internum.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Director Dr. *Moeli* für die Erlaubniss, den Fall mittheilen zu dürfen,

Digitized by Google

sowie für seine mannigfache Unterstützung meinen ergebensten Dank auszudrücken. Auch den Collegen, Herren Dr. *Otto* und *Koenig* bin ich zu Dank verpflichtet.

Berlin, Februar 1892.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Frontalschnitt, hintere Fläche.
- 2. Linke und rechte Schläfenwindung (Nigrosinfärbung).
- 3. Linke Schläfenwindung (Nigrosinfärbung) mit Zeichenapparat nach Seibert 1:I (45) naturgetreu gezeichnet.
- 4. Frontalschnitt durch das Mittelhirn (nach Pal gefärbt. c. g. i. = Corpus geniculatum internum, l = linkes, r = rechtes).

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. März 1892.

Anwesend die Herren: *Ascher*-Berlin, *Bothe*-Dalldorf, *A. Cramer*-Eberswalde, *Falkenberg*-Dalldorf, *Fraenkel*-Steglitz, *Gock*-Landsberg a. Warthe, *Heimann*-Charlottenburg, *Jastrowitz*-Berlin, *Knorr*-Landsberg, *Knecht*-Ueckermünde, *Koenig*-Dalldorf, *Kronthal*-Berlin, *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Landsberg*-Berlin, *Leppmann*-Moabit, *Levinstein-Schlegel*-Schöneberg, *Mendel*-Berlin, *Moeli*-Dalldorf, *Näcke*-Hubertusburg, *Oliven*-Pankow, *Otto*-Dalldorf, *Richter*-Dalldorf, *Rust*-Dalldorf, *Sander*-Dalldorf, *Strahler*-Berlin, *Ulrich*-Eberswalde, *Vogelgesang*-Dalldorf, *Waldschmidt*-Westend, *Weber*-Dalldorf, *Wulffert*-Berlin, *Zinn*, sen.-Eberswalde, *Zinn*, jun.-Eberswalde, *W. Zinn*-Eberswalde.

Herr *Zinn* sen eröffnet die Sitzung und schlägt vor, an den zum ersten Male seit dem Bestehen des Vereins durch Krankheit behinderten ersten Vorsitzenden *Laehr* ein Telegramm zu senden. Er übermittelt Grüsse der Herren *Ideler*-Wiesbaden und *Müller*-Blankenburg a. H.

1. Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe von Dr. *P. Näcke*-Hubertusburg. (Autoreferat.)

Vortragender will den klinisch-praktischen Theil seines Thema's in Kürze darstellen, nachdem er den anthropologisch-biologischen Theil schon früher hier vorgetragen hat[1]). Die ausführlichen Untersuchungen, Schlussfolgerungen und Ansichten sollen demnächst in einer grössern Arbeit niedergelegt werden. — Als Basis diente ein Material von 53 geisteskranken Frauen, die verschiedenen Strafanstalts-Kategorien entstammten, ferner 47 vorbestrafte oder in Voruntersuchung gekommene Geisteskranke. Fast 70 pCt. der ersten Reihe wurden uns aus dem Zuchthause und nur 3,8 pCt. aus der Untersuchungshaft zugeführt. Fast alle waren Sachsen, protestantisch, in $^3/_4$ der Fälle ledig und zur Zeit — viele sind schon seit Jahren hier — meist den mittlern und spätern Jahren angehörig. Die Hälfte etwa hatte allein oder vorwiegend gedient, die Uebrigen waren Hand- und Fabrikarbeiterinnen gewesen; wenig andere Beschäftigungen sonst. Die

[1]) Siehe: Diese Zeitschrift: Bd. 47, p. 678 ff.

Digitized by Google

Meisten haben sicherlich gelegentlich gehurt, wohl auch getrunken, doch sind nur 7 als Puellae publicae und nur eine als Potatrix bezeichnet, Beweis genug, wie die Angaben der Akten ungenügend sind!

Bezüglich der Delikte, die im Allgemeinen viel monotoner als bei Männern sind — sind in 53 pCt. Diebstahl (einfacher oder in Rückfall), in 15 pCt. Brandstiftung, in 9,4 pCt. Vagabundiren und Betteln, in 7,5 pCt. Todschlag, oder Versuch dazu, notirt. Sonst noch Betrug, Meineid, Gewerbsunzucht. Eigentliche Affectverbrecherinnen fehlen gänzlich; meist sind es Gewohnheitsverbrecherinnen, was schon daraus hervorgeht, dass nur 4 Personen nie vorher bestraft waren, dagegen wiederholte Bestrafungen in 23,4 pCt., sehr häufige in 48,1 pCt. vorkommen.

Die schweren und langen Strafen waren vorwiegend. Als zur Zeit der letzten That sicher krank zeigten sich 17 pCt., als höchst wahrscheinlich 24,5 pCt. Eine enorme Zahl!

Reichhaltiger sind die Delikte bei den 47 Vorbestraften. Hier sind die Vaganten in Ueberzahl, sehr viel auch Todschlag. Zur Zeit der letzten That waren sicher geisteskrank fast 20 pCt., wahrscheinlich 23,4 pCt. Der Procentsatz steigt aber, wenn man die abzieht, welche bei der letzten That sofort oder in der Untersuchungshaft als geisteskrank erkannt und nicht bestraft wurden. Alle diese Vorbestraften zeigten bei ihrer Aufnahme im hiesigen Irrenhause die verschiedensten Psychosen mit Vorwiegen der Verrücktheit. Zeichen von Moral insanity waren oft vorhanden. Einige waren echte „Verbrechernaturen". Nur bei ca. 20 pCt. der Sträflinginnen liess sich in der Ascendenz (Eltern und Geschwister) Erblichkeit nachweisen, wobei den Akten nach nicht ein einziger Fall von Psychose in Folge von Lues erwähnt ist und nur wenige Fälle von Potatorium und Bestrafungen notirt sind, was schon allein obige Ziffer als durchaus zu niedrig erscheinen lässt, und wie wir aus guten Gründen annehmen müssen, dass mehr Erblichkeitsmomente hier herrschen müssen, als bei den gewöhnlichen Geisteskranken, wie auch mehr disponirende Ursachen, als: unregelmässiges Leben, Lues, Potus etc.

Auch über die Zeit des Erkrankens liegt nicht immer Verwerthbares vor, doch steht so viel sicher, dass die Meisten innerhalb des 1. Jahres ihrer Internirung erkranken (65 pCt.); nach dem 2. Jahre geschieht dies nur selten. Die Ursachen sind gewiss verschiedene, im konkreten Falle aber kaum sicher anzunehmen. Die Isolirhaft als solche, wo sie angewendet wurde, wenn ordentlich, vernünftig gehandhabt, schädigt gewiss nur selten, am wenigsten Gewohnheitsverbrecherinnen, die auch meist erst nach wiederholten Gefängnissstrafen geistig erkrankten. Je besser im Allgemeinen die Adaption an das Gefängnissleben vor sich geht, um so weniger liegen in dem letzteren ursächliche Momente für eine Psychose vor.

Der Form der Erkrankung nach prävaliren die Paranoiker mit fast 79 pCt., dann kommen die Manien, von denen sicher aber die meisten auch zur Kategorie der Verrücktheit gehörten. Nur 1 Paralyse — und dazu noch nicht absolut sichere — kommt vor, was bei der oft erwähnten und

Digitized by Google

gewiss noch öfter existirenden Lues auffallend erscheint. Scheinbar ohne Hallucinationen verliefen nur 4 Fälle der Paranoiker, so dass 90½ pCt der Verrückten hallucinatorische Formen darboten, darunter an 21 pCt. die akute hallucinatorische Verwirrtheit (akute Amentia mit Tobsucht *Meynert*). Die Paranoia verläuft im Allgemeinen wie sonst. Prodrome sind wohl meist vorhanden, aber gewöhnlich übersehen. Dann Beachtungswahn oder sofort Verfolgungswahn mit Sinnestäuschungen, meist des Gehörs oder Gefühls, seltener des Gesichts, gewöhnlich combinirt. Oft ist der Verfolgungswahn. Grössenwahn kann später folgen, öfter aber auch gleichzeitig mit dem Verfolgungswahn, fehlt übrigens scheinbar sehr oft. Nur Wenige heilen scheinbar; relativ oft zeigt sich bald deutlicher Schwachsinn oder Blödsinn, jedenfalls meist schon primär vorhanden und nun erst deutlich hervortretend. Eine specifische Gefängnisspsychose giebt es nicht, zeigt unser Material, was schon daraus hervorgeht, dass bereits Viele bei ihrer Einlieferung geisteskrank waren oder es sofort wurden. Weder Beginn, noch Sinnestäuschungen, noch Wahnideen sind absonderlich, ebensowenig die grosse Reizbarkeit und der sogenannte „Zuchthausknall", die in der Natur der Kranken begründet sind und nichts Specifisches an sich tragen. Aus der häufigen Degenerescenz und dem Schwachsinn der Detinirten heraus erklären sich auch gewisse Eigenthümlichkeiten, die aber auch sonst, wenn auch seltner beobachtet werden, und zwar 1) das fast ausschliessliche Vorkommen der hallucinatorischen Formen der Paranoia, 2) der öftere Beginn mit acuter hallucinatorischer Verwirrtheit oder Einschieben eines solchen Zustandes in den gewöhnlichen Verlauf der Paranoia, endlich 3) der häufige und schnelle Ausgang in Schwachsinn. Das in seiner Seltenheit kaum zu verstehende Auftreten der Paralyse ward schon erwähnt.

Vortragender berührt ferner die verschiedenen Arten der Unterbringung psychisch erkrankter Züchtlinginnen und plädirt dahin, dass die schwer trätablen Fälle am besten in einem Adnexe zur Strafanstalt zu belassen seien, die harmlosen Elemente dagegen an die Irrenanstalt abzugeben, wo sie, richtig vertheilt und behandelt, kaum schaden. Der Grundsatz, Geisteskranke aus dem Zuchthause nicht mit ehrlichen Kranken zusammen wohnen zu lassen, ist nicht zu billigen und zwar 1) weil beide körperlich Kranke sind, 2) auch in gewöhnlichen Krankenhäusern genug frühere „Zuchthausbrüder" liegen, 3) auch unter den andern Geisteskranken Manche früher „vorbestraft" sind, endlich 4) Viele schon zur Zeit der letzten That psychisch krank waren und doch die Strafe antraten.

Da Waldheim noch keine Irrenstation für Frauen hatte, kamen auch alle bösartigen Elemente nach Hubertusburg, dessen Anstalt B ca. 4 pCt. Personen aus Strafhäusern aufwies. Die daraus entspringenden Ungelegenheiten beweisen folgende nackte Zahlen: Von den 53 Eingelieferten waren oder sind noch gewaltthätig ca. 60 pCt., die Meisten wurden zeit-

Digitized by Google

weis isolirt, zerstörungssüchtig ca. 45 pCt., sehr reizbar 77 pCt.; „Zuchthausknall" in 24,5 pCt., gemeines Schimpfen in 62 pCt., Selbstmordversuche in 9,4 pCt., Flucht und Fluchtversuche in 7,5 pCt., Simulation in 17 pCt., ganz oder theilweis Faulheit in 56,6 pCt.! Solche grosse Zahlen dürften bei der grossen Masse der Geisteskranken gewiss nicht wiederkehren!

Weiter wird das Verhältniss von Verbrechen zum Wahnsinn beleuchtet. Beide wurzeln zunächst in einer natürlichen Anlage ab ovo, was schon der grosse Procentsatz Schwachbeanlagter und Schwachsinniger bei den Verbrechern zeigt. Wie aber — seltnere Fälle vielleicht ausgenommen — „geborne" Verbrecher nicht vorkommen, sondern erst durch äussere Verhältnisse dazu werden, so bedarf auch die Psychose meist einer determinirenden Ursache, nur dass man sie gewöhnlich nicht nachweisen kann. Neben dem häufigen Schwachsinn spielt aber bei dem Verbrechen die Lues, der Potus, das verlotterte Leben, die traurige Erziehung, das schlechte Beispiel, schlechte Hygiene und Kost etc. eine bedeutsame Rolle, wie auch öfter Traumen, Schwangerschaften, grössere Möglichkeit zum Erwerb von Infections- oder andern Krankheiten bei dem Vagabundiren etc. So bei der Einlieferung zur Psychose bestens vorbereitet, kann irgend ein Moment des Gefängnisslebens, das an sich vielleicht geringfügig ist, die Verbrecher zu Geisteskranken machen, und man muss sich nur wundern, dass nicht noch mehr psychisch erkranken.

Zur Frage der Zurechnungsfähigkeit und des freien Willens übergehend, werden vom Redner beide, im absoluten Sinne, negirt und nur „relativ" zugestanden; ferner die Einführung der „verminderten" Zurechnungsfähigkeit empfohlen.

Ein Fortschritt ist es, die Strafe nicht mehr als Rache anzusehen, sondern als Schutz gegen Uebergriffe bei den langen Strafen, als Besserungsmittel bei den kurzen. Bei Gewohnheitsverbrechern ist eine wirkliche Besserung aber kaum zu erhoffen.

Bei der erschreckenden Masse der (wegen Geisteskrankheit) unschuldig Bestraften ist anzustreben, dass bei schweren Delicten oder Gewohnheitsverbrechern stets ein Psychiater zu Rathe gezogen, in allen andern Fällen aber genauer, als es bis jetzt geschehen, erforscht werde, wie die psychischen und physischen Verhältnisse der Inkulpaten und ihrer Angehörigen sich gestalten, was gewiss oft zu eruiren ist, damit der Richter gleich von vornherein gewisse Winke zur richtigeren Beurtheilung erlangen kann.

Im Interesse der Prophylaxe und einer rationellen Therapie ist es ferner zu verlangen, dass nicht blos der Arzt einer eventuellen Irrenstation der Strafanstalt Psychiater sei, sondern auch der gewöhnliche Strafanstaltsarzt, wo beide Thätigkeiten getrennt sind.

Endlich wäre es erwünscht, wenn der Staat für unschuldig Bestrafte (in obigem Sinne) eine Rehabilitirung eintreten lassen würde, was besonders der Familie nicht gleichgiltig sein kann.

Digitized by Google

Discussion.

Herr *Heimann*: Ich wundre mich, dass der Herr Vortragende unter seinen geisteskranken Verbrecherinnen keine Epileptische anführt. Ich habe gerade bei den geisteskranken Verbrecherinnen, die ich gesehen habe, sehr häufig Epilepsie beobachtet. Ich hatte im Jahre 1880 die Ehre, in dieser Gesellschaft 6 geisteskranke Verbrecherinnen vorzustellen, die einzigen dieser Kategorie der circa 500 geisteskranken Frauen der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf, und welche alle epileptisch waren.

Schliesslich will ich noch erwähnen, dass diese Kranken nachweisbar von frühster Jugend an epileptisch, bezw. geisteskrank waren, dass die Art und Weise ihrer Verbrechen meist so sinnlos und zwecklos war, dass sie sicher z. Z. der Begehung der strafbaren Handlung geistig nicht frei waren. Nur eine der Kranken ist in der Untersuchungshaft als geisteskrank erkannt, die 5 andern sind, einzelne sogar wiederholt, also unschuldig, bestraft worden.

Herr *Mendel*: Ich bedaure, dass im Gegensatz zu den interessanten Mittheilungen des Herrn Vortragenden in dem ersten Theil seines Vortrages der zweite Theil sich mit Dingen beschäftigt, welche nicht in das Gebiet der Medicin gehören.

Mit primären und secundären Associationen, mit der corticalen, subcorticalen und transcorticalen Seele ist absolut Nichts anzufangen. Ob die Strafe bessern soll, ob sie eine Vergeltung darstellt, darüber hat der Arzt als solcher vermöge seiner Wissenschaft kein Urtheil; und was endlich die Anerkennungsfähigkeit der Frage betrifft, so glaube ich nachgewiesen zu haben, dass nach dem Willen der Gesetzgebung der Richter über die Frage, ob zurechnungsfähig oder nicht, entscheiden soll. Der Arzt bleibt nur auf seinem eigenthümlichen Gebiet, wenn er über Gesundheit oder Krankheit urtheilt. —

Herr *Leppmann* bestätigt auf Grund seines Materials das Vorwiegen der paranoischen Formen und die Seltenheit der Paralyse. Er betont ferner, dass neben den Entarteten, d. h. den in Folge angeborener Verkehrtheiten, unregelmässigen Lebens und häufiger langzeitiger Freiheitsentziehungen chronisch geistig Erkrankten doch eine nicht zu unterschätzende Menge von acuten Störungen vorkommt und zwar meist unter der Form der stupiden Melancholie, ja nicht so selten wie im Allgemeinen auch unter der Form des acuten Blödsinnes. Es sind dies meist erstmalig mit schwerer Strafe belegte Gelegenheits- oder Affectverbrecher, welche im Beginn der Strafzeit unter der Wucht der Bestrafung und der damit einhergehenden Gemüthserschütterungen (Vermögensverluste, Schande, Ehetrennung etc.) zusammenbrechen. Der Einzelhaft schreibt er keine besonderen schädlichen Einflüsse zu, namentlich wenn man individualisirende Ausnahmen macht, welche die Erfahrung ergiebt, z. B. jugendliche Schwachsinnige vom Lande, die gewöhnt waren, im Freien zu arbeiten. —

Digitized by Google

2. Herr *Cramer*-Eberswalde. Ueber das Verhalten des Blutdrucks bei primären Stimmungsanomalien.

Herr *Cramer* hat in 10 Fällen von Manie und Melancholie Messungen des Blutdrucks mit dem Sphygmomanometer von *Basch*'s vorgenommen. Entsprechend den Angaben von *Zadek*, *Friedmann*, *Bartel* und *v. Basch*, dass in Folge von Muskelaction der Blutdruck ansteigt, konnten zu den Messungen nur solche Kranke verwendet werden, welche keine motorische Erregung zeigten und ruhig im Bett lagen, es überwiegt dementsprechend unter den 12 Fällen die Melancholie (7) und konnten Blutdruckversuche an Maniakalischen nur im Beginne der Krankheit oder im Stadium der heiteren Erregung bei Folie circulaire angestellt werden. Erfordert auch die Anwendung des *v. Basch*'s Sphygmomanometers, wenn es gilt völlig einwandsfreie Resultate zu erzielen, mancherlei Cautelen, so sind doch in vorliegenden Versuchen Bedenken nicht vorhanden, weil *C.* nicht bestrebt war, die bei einer Person ermittelten Werthe mit den bei anderen gefundenen zu vergleichen, sondern stets nur zu seinen Endresultaten diejenigen Zahlen verwandte, die er bei ein und derselben Person, womöglich innerhalb einer Stunde oder eines Tages mitunter wochenlang feststellen konnte. Dazu kommt noch, dass die Versuchsanordnung jedesmal genau dieselbe war. Was die Blutdruckversuche bei Manie betrifft, so zeigte sich zwar, dass mit dem Uebergang der melancholischen Verstimmung in die heitere Erregung der Blutdruck abfällt; *C.* hält aber seine Versuche noch nicht für zahlreich genug, um dieses Resultat als ganz sicher anzusehen, und bezweifelt, ob es überhaupt möglich sein wird, jemals bestimmte Resultate zu gewinnen, weil bei weiterer Ausbildung der Manie stets die vermehrte Muskelaction eine Steigerung des Blutdrucks bewirkt und somit die Beobachtung unsicher wird. Immerhin bleiben die bei einer Folie circulaire gefundenen Werthe, bei der weder im melancholischen noch im maniakalischen Stadium eine motorische Erregung vorhanden war, bemerkenswerth, indem sie ergeben, dass im Stadium der heiteren Erregung der Blutdruck abfällt, während er im Depressionsstadium (mit Angst) ansteigt.

Auch bei der Melancholie konnte allgemein für die Dauer der Krankheit ein bestimmtes Verhalten des Blutdruckes nicht festgestellt werden, weil sich ja während und nach der Krankheit die Ernährungsverhältnisse bedeutend ändern und damit, wie die Untersuchungen von *A. Eckert* ergeben, auch der Blutdruck; dagegen liess sich in mehr als 300 Versuchen jedesmal mit völliger Sicherheit nachweisen, dass bei einem der quälendsten Symptome der Melancholie, der Angst, stets der Blutdruck ansteigt und zwar, meist je nach dem Grade der Angst, um 20—50 mm Hg.

Da wir bei dem Melancholiker auch äusserlich, namentlich zur Zeit eines Angstanfalles, die Zeichen einer mehr oder weniger ausgedehnten Gefässcontraction anmerken (Blässe der äusseren Häute und Schleimhäute,

Digitized by Google

Emminghaus, vermehrte Contraction des Arterienrohres, *Schüle*; die Arterien drahtartig zusammengezogen, *v. Krafft-Ebing* etc.) und ferner nach physiologischen Erfahrungen Contraction in einem relativ ausgedehnten Gefässbezirk Blutdrucksteigerung hervorruft, so dürfen wir in Berücksichtigung des Ergebnisses der *C.*'schen Blutdruckversuche mit Bestimmtheit annehmen, dass in relativ weit ausgedehnten Gefässprovinzen des Körpers eine Contraction der Gefässe während der Angst der Melancholiker stattfinden muss.

Da weiter Versuche mit Amylnitrit, das, wie pharmakologisch festgesetzt ist, die Gefässe erweitert und den Blutdruck herabsetzt, ergeben haben, dass dieses Mittel die Angst, wenn auch nur für kurze Zeit, zum Schwinden bringt, so dürfte mit grosser Wahrscheinlichkeit in der Gefässcontraction und dem Ansteigen des Blutdruckes auch eine oder bedingende Ursache der Angst gefunden sein.

Discussion.

Herr *Knecht*-Ueckermünde: Die Befunde des Vortragenden stehen in schöner Uebereinstimmung mit dem, was die sphygmographische Untersuchung ergiebt. Bekanntlich ist die typische Pulsform des jugendlichen Maniacus der subdicrote Puls. Dieser hat aber als Voraussetzung eine Erschlaffung der Gefässwand, entspricht somit einem verminderten Blutdruck. Dagegen findet man bei melancholischen Angstzuständen, besonders schön bei dem Pseudostupor, eine Pulsform, die als übertricroter Puls bezeichnet wird. Sie erklärt sich aus einer sehr grossen Spannung der Gefässwand, in Folge deren das Gefäss nur eine kleine Blutwelle vom Herzen her aufnimmt und nur sehr kleine Excursionen beschreibt, sie ist also der Ausdruck eines erheblich gesteigerten Blutdrucks. Dass dieser erhöhte Blutdruck und der dadurch gesteigerte Rückstrom des Blutes nach dem Herzen zu die epigastrischen Druckgefühle der Melancholiker z. Th. bedingt, lässt sich nach den Erfahrungen bei Herzkranken wohl annehmen. —

Herr *Kronthal* zieht wegen vorgeschrittener Zeit seinen Vortrag zurück.

Herr *Moeli* macht einige kurze Bemerkungen über die Herstellung von trockenen Gehirnpräparaten im Anschlusse an die soeben erschienene Mittheilung des Herrn *Stieda*-Königsberg (Neurol. Centralbl. v. 1. d. Mts.).

Ausser den bekannten ältern Methoden zur Herstellung trockener Präparate hat Vortragender auch eine Art von Vergypsung in Alkohol gehärteter Stücke durch wiederholtes, abwechselndes Einlegen in Lösungen von Chlorcalcium und Natron sulfuricum versucht. Es geht dies jedoch nur für kleine Abschnitte z. B. Vierhügel (Demonstration), oder für kleine Thiergehirne, welche nachher zweckmässigerweise noch mit einem Firniss überzogen werden.

Für ganze Gehirne und Hemisphären ist das Verfahren unbrauchbar.

Schon seit längerer Zeit benutzt *M.* Hemisphären und Gehirntheile, welche (z. Th. zunächst in Müller'scher Lösung gehärtet) nach Aufenthalte

Digitized by Google

in Alkohol blos mit gewöhnlichem billigen Lack, der in Terpenthin dünn gelöst ist, wiederholt bestrichen sind. Um einen Vergleich mit andern Herstellungsmethoden zu ermöglichen, hat Vortrag. drei Hemisphären von ursprünglich ziemlich gleichem Gewicht a) mit Holzessig (*Richter*), b) mit Paraffin behandelt, c) einfach wiederholt lackirt, mitgebracht.

Die Paraffinhemisphäre ist am wenigsten geschrumpft (270 ccm), die in Carbolsäure gehärtete und dann lackirte = 250 ccm, die Holzessighemisphäre 205 ccm.

Am besten erscheint die Härtung mit Chlorzink (wie auch *Stieda* angiebt).

Man sieht also, dass die Paraffinmethode fast erreicht wird durch einfachere Verfahren. Die stärkere Schrumpfung ist übrigens nicht unter allen Umständen ein Mangel. Beim Unterricht sind zur Demonstration der Windungen (Freilegung der Insel) geschrumpfte Präparate eher vorzuziehen.

Herr *Mendel* giebt an, dass die ihm vorgelegten *Stieda*'schen Gehirne noch weniger an Volumen verloren hätten, als das hier demonstrirte, und dem Paraffingehirne völlig gleichkämen, wozu Herr *M.* bemerkt, dass bei der geringeren Durchdringung des Präparats durch Lackiren statt Einlegen dieser Unterschied erklärlich wäre. *M.*

---

57. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 5. December 1891.

Anwesend die Herren: *Adler*-Breslau a. G., *Alter*-Leubus, *Bielschowsky*-Breslau, *Cassirer*-Breslau, *Dinter*-Rybnik, *Dornblüth*-Bunzlau, *Eicke*-Pöpelwitz, *Freund*-Breslau, Landesrath *Grützner* a. G., *Gubitz*-Breslau, Landesrath *Gürich*-Breslau, *Hahn*-Breslau, *Hayn*-Breslau a. G., *Kahlbaum*-Görlitz, *von Karczewski*-Kowanówko, *Kemmler*-Breslau, *von Kunowski*-Leubus, *Kurella*-Kreuzburg, *Lasch*-Breslau, *Lesser*-Breslau, *Malachowski*-Breslau, *Mann*-Breslau, *Martell*-Upsala a. G., *S. Meyer*-Breslau, *Müller*-Breslau a. G., *Neisser*-Leubus, *Petersen*-Borstel-Plagwitz, *Rosemann*-Breslau, *H. Sachs*-Breslau, *R. Landsberg*-Breslau, *Schwahn*-Breslau, *Simon*-Tost, *R. Stern*-Breslau a. G., *Stern*-Breslau, *Tornier*-Obernigk, *Walter*-Lissa.

An Stelle des verstorbenen Dr. *Lissauer* wird Dr. *Neisser*-Leubus zum Secretär des Vereins gewählt.

1. Dr. *Kurella*-Kreuzburg: Ueber die öffentliche Fürsorge für Idioten. (Autoreferat.)

Durch das preussische Gesetz vom 11. Juli 1891 ist den Landarmen-Verbänden die Unterbringung der bedürftigen Idioten und Epileptiker in geeignete Anstalten auferlegt worden. Mit Rücksicht auf die Thatsache,

Digitized by Google

dass bisher nur die innere Mission und einige private Unternehmer für diese Classe von Kranken gesorgt haben, ist eine Stellungnahme der Irrenärzte zur Frage der künftigen Organisation dieser Fürsorge wünschenswerth, umsomehr, als voraussichtlich die geistigen Leiter derartiger Anstalten, die den Arzt in der genannten Sache in den Hintergrund zu drängen suchen, die flüssig zu machenden öffentlichen Mittel zur Erweiterung und Neubegründung von Anstalten der inneren Mission zu erlangen suchen werden.

Wichtig ist vor allem die Frage nach der Zahl der hilfsbedürftigen Idioten. Eine Idiotenstatistik existirt für Preussen nicht, jedoch ergiebt die Statistik der Irren und Idioten in Württemberg, im Canton Zürich, in den russischen Ostseeprovinzen und die sorgfältige Zählung, die 1888—89 in Dänemark ausgeführt wurde, mit grosser Uebereinstimmung, dass ein Schwachsinniger auf 5—600 Einwohner kommt.

Das würde für Schlesien mehr als 8000 Idioten und Imbecille ergeben. Niemand wird daran denken, diese Zahl von Schwachsinnigen hospitalisiren zu wollen. Vielmehr wird immer nur ein Bruchtheil dieser Gesammtzahl der Anstaltspflege bedürfen. Nach den Erfahrungen in Württemberg (Anstalten zu Stetten und Mariaberg) und Hannover (Langenhagen), wo die Nachfrage nach Anstaltsplätzen für Idioten zwar nicht ganz befriedigt, für die Mehrzahl der anstaltsbedürftigen Idioten jedoch gesorgt ist, würde auf 3—4000 Einwohner ein zu hospitalisirender Idiot kommen; in Schlesien würde man demnach für etwa 1400 Idioten zu sorgen haben. Es ist jedoch nicht zu erwarten, dass das Publikum sofort nach Beginn der öffentlichen Fürsorge seine Ansprüche an dieselbe stellen wird.

Eine Verbindung der Fürsorge für Idioten und Epileptiker hat gewisse Vorzüge innerhalb eines kleineren Bezirks, etwa einer Provinzial-Hauptstadt in dem beide Kategorien Hirnkranker zusammen eine Zahl ausmachen, die eine einheitliche individualisirende Leitung in einer Anstalt noch möglich erscheinen lässt. In grossen Bezirken ist es unmöglich, alle Epileptiker und Idioten in einer Anstalt zu vereinigen; es ist deshalb hier besser, von vornherein für beide Kategorien gesondert zu sorgen. Bei dem häufigen Nebeneinandergehen von Idiotie und Epilepsie wäre es freilich rathsam, epileptische Kinder in die Idioten-Bildungsanstalt zu schicken. Den Ausgangspunkt für die weitere Entwicklung der Idiotenfürsorge würde naturgemäss eine öffentliche Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder bilden, an deren Wirksamkeit sich die Fürsorge für erwachsene Idioten ebenso naturgemäss anschliessen würde, wie sich die heutige provinzielle Irrenfürsorge im Anschluss an eine erste, als reine Heilanstalt gedachte, öffentliche Anstalt entwickelt hat.

Es ist zunächst nicht abzusehen, warum gemeingefährliche oder sonst anstaltsbedürftige erwachsene Idioten nicht nach wie vor in die Pflegeabtheilungen der Irrenanstalten kommen sollen; es ist für sie keine andere Organisation nöthig, als die einer guten Irren-Siechen-Station; die zu

Digitized by Google

erwartende Zunahme anstaltsbedürftiger erwachsener Idioten kann vielmehr für viele Anstalten der sehr willkommene Anlass zur Schaffung zweckmässig eingerichteter Siechenstationen werden.

Eine specielle Organisation erfordert aber eine Idioten-Bildungs- und Erziehungsanstalt, die das nächste Mittel und der natürliche Ausgangspunkt der künftigen öffentlichen Idiotenfürsorge werden muss. Die Berichte und die sonstigen übereinstimmenden Aeusserungen der geistlichen oder geistlich inspirirten Leiter privater Idiotenanstalten zeigen aber deutlich, dass nur unter ärztlicher Leitung eine naturgemässe Auffassung und Organisation der Idiotenbildung möglich ist.

Die Psychologie des Idioten, der nichts anderes ist, als ein chronisch Hirnkranker, kann sich nur dem Kenner der Hirnpathologie erschliessen; die Pathologie der Idiotie ist nichts als eine Wiederholung der gesammten Hirnpathologie und erhält ihre besondere Färbung nur dadurch, dass der primäre Krankheitsprocess vor Abschluss der individuellen Entwicklung irreparable Folgezustände geschaffen hat; die Idiotenbildung findet deshalb die einzige rationelle Grundlage in der Kenntniss des psychischen Lebens Hirnkranker.

Die Erkenntniss und Behandlung der zahlreichen Leiden, welche die Hirnkrankheit des Idioten veranlassen und begleiten, ist gleichfalls nur möglich, wenn der Arzt der Idiotenanstalt seine ganze Kraft widmet. Unter Umständen kann die Behandlung einer Otorrhoe ein geistig zurückbleibendes Kind hundertmal mehr fördern, als die schönsten Gebete und Andachten. Andererseits ist das Studium der Idiotie eins der wichtigsten Hilfsmittel für die Fortentwicklung der Hirnpathologie und verwandter Gebiete, wie der Kraniologie, wie denn auch die sociale Bedeutung des Schwachsinns, seine engen Beziehungen zum Verbrecherthum nur dem psychiatrischen Urtheil sich erschliessen.

Eine Gründung besonderer, für sich bestehender Idiotenanstalten ist nicht unbedingt erforderlich, nicht einmal wünschenwerth. Es lässt sich sehr wohl eine Idioten-Erziehungsanstalt von bescheidenem Umfange, die deshalb eine individualisirende Leitung noch zulässt, an die eine oder andere öffentliche Irrenanstalt angeschlossen denken, deren Direction die Verwaltung der Idiotenanstalt übernimmt, ohne dass die Selbständigkeit des Arztes der letzteren unter dieser Fusion, die ihn von der Hauptmasse der Verwaltungsgeschäfte entlastet, zu leiden brauchte; in dieser Weise ist ja in Dalldorf, in Bicêtre, in der Salpêtrière die Idiotenschule an grosse Irrenanstalten angeschlossen. Erwachsene und absolut bildungsunfähige jugendliche Idioten aber könnten in Zukunft ebensogut in den Pflegeabtheilungen der Irrenanstalten versorgt werden, wie sie es bisher wurden.

Vortragender stellt den Antrag, diese und andere auf die Idiotenfürsorge bezügliche Fragen einer aus der Mitte des Vereins zu wählenden Commission zu überweisen, die bei der nächsten Sitzung dem Verein Resolutionen vorzulegen hat. Landesrath *Gürich* wünscht von dieser Commission

Digitized by Google

auch eine Definition der Idiotie zu erhalten und erbietet sich, derselben die von den Kreisen eingeforderte Idiotenstatistik zugänglich zu machen.

An der Discussion betheiligen sich *Wernicke*, *Dornblüth*-Bunzlau, *Alter*-Leubus und der Vortragende.

Der Verein wählt eine Commission zur Vorberathung einer Resolution, bestehend aus *Alter*-Leubus, *Gürich*, *v. Karczewski*-Kowanówko, *Kurella*-Kreuzburg, *Wernicke*.

2. Dr. *Clemens Neisser*-Leubus: „Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte".

Der Vortrag ist in extenso in der Januar-Nummer des Centralblattes für Nervenheilkunde und Psychiatrie veröffentlicht.

3. Dr. *Heinrich Sachs*-Breslau: „Ueber optische Erinnerungsbilder". (Autoreferat.)

Der Vortrag ist im Februarheft des Centralblattes für Nervenheilkunde und Psychiatrie S. 58—63 abgedruckt.

4. Prof. Dr. *Wernicke*-Breslau: „Grundzüge einer psychiatrischen Symptomenlehre".

Der Vortrag ist in der Berl. klin. Wochenschr. No. 23 publicirt worden.

58. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 12. März 1892.

Anwesend die Herren: *Alter*-Leubus, *Brasch*-Berlin a. G., *Cassirer*-Breslau, *Dornblüth*-Bunzlau, *Freund*-Breslau, *Gubitz*-Breslau, Landesrath *Gürich*-Breslau a. G., *Hahn*-Breslau, *Köbner*-Breslau a. G., *Kurella*-Kreuzburg, *Lasch*-Breslau, *Mann*-Breslau, *Neisser*-Leubus, *Petersen*-Brieg, *Petersen-Borstel*-Plagwitz, *H. Sachs*-Breslau, *Tornier*-Obernigk, *Trepinski*-Görlitz a. G., *Wernicke*-Breslau.

Von den Herren Prof. *Kraepelin*-Heidelberg, Dr. *Kahlbaum*-Görlitz und Prof. *Pick*-Prag liegen der Versammlung schriftliche Begrüssungen vor. Letzterer, selbst am Erscheinen verhindert, hat das Manuscript des von ihm angekündigten Vortrages eingesendet.

Neu aufgenommen in den Verein wird Herr Dr. *Cassirer*, Assistent der psychiatrischen Klinik zu Breslau. Herr Landesrath *Gürich*, welcher in dankenswerther Weise sein Interesse an den Verhandlungen des Vereins betreffend die Fürsorge für Idioten und Epileptiker bethätigt hat, wird auf Antrag des Vorsitzenden zum Ehrenmitgliede des Vereins ernannt.

Digitized by Google

1. Sanitätsrath Dr. *Alter*-Leubus: „Zur provinzialen Fürsorge für Idioten und Epileptische".

Die in der letzten Sitzung unseres Vereins auf Antrag des Herrn *Kurella* zur Berathung der provinzialen Anstaltsfürsorge für Idioten und Epileptische gewählte Commission ist am 4. März zusammengetreten. An der Sitzung haben die gewählten 5 Mitglieder, die Herren: *Wernicke*, Landesrath *Gürich*, *v. Karczewski*, *Kurella* und ich, sowie auf Einladung des Herrn Vorsitzenden die Herren *Gubitz* und *Neisser* theilgenommen.

Einem in der Vereinssitzung vom 28. Nov. v. J. ausgesprochenen Wunsche des Herrn Landesrath *Gürich* Folge gebend, hat die Commission sich zunächst mit der Begriffsbestimmung der Idiotie beschäftigt. Sie ist dabei ausgegangen von der Annahme, dass es sich in erster Linie um eine vorwiegend und wesentlich praktischen Zwecken dienende Begriffsbestimmung handeln müsse. Der Commission schien diesem Erforderniss am meisten zu entsprechen die von *Kind*-Langenhagen im Jahre 1881 auf der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte gegebene Definition:

„Idioten sind alle Geisteskranken, welche von Geburt oder früher Jugend an schwach- oder blödsinnig sind".

Mehrfach wurde allerdings der Wunsch ausgesprochen, dass es für die Praxis sich empfehlen dürfte, eine bestimmte Altersgrenze festzusetzen. Als solche wurde von einer Seite das 16., von anderer das 10. Lebensjahr vorgeschlagen. Grade aber im Hinblick auf die praktischen Zwecke und aus Gründen der Humanität entschied man sich, von der Festsetzung einer Altersgrenze Abstand zu nehmen, damit den Kranken die Wohlthat der Anstaltspflege nicht beschränkt und im einzelnen Falle für die Begutachtung der Aufnahmefähigkeit weiter Spielraum gegeben sei. Nur einen Zusatz empfiehlt die Commission, vor „schwach- oder blödsinnig" das Wort „dauernd" einzuschieben, um damit eine mehrseitig gewünschte Vervollständigung der Begriffsbestimmung zu geben.

Demnach empfiehlt die Commission für die Begriffsbestimmung folgende Fassung:

„Idioten sind alle Geisteskranken, welche von Geburt oder früher Jugend an dauernd schwach- oder blödsinnig sind."

Bezüglich des voraussichtlichen Umfanges der für Epileptische und Idioten erforderlichen Fürsorge nahm alsdann die Commission die dankenswerthen Mittheilungen des Herrn *Gürich* über die Ergebnisse entgegen, welche eine von der Provinzialverwaltung mit Hilfe der Landräthe und Magistrate vorgenommene Zählung geliefert hat. Danach sind in Schlesien 962 Idioten und 503 Epileptiker gezählt worden, welche als der Anstaltsflege bedürftig bezeichnet werden und in geeigneten Anstalten noch nicht untergebracht sind. Es beziehen sich diese Zahlen indessen nur auf die Provinz Schlesien ohne die Stadt Breslau, da diese einen eigenen Landarmenbezirk bildet und es z. Z. noch unentschieden ist, ob die Stadt Breslau selbständig

Digitized by Google

oder gemeinsam mit dem Provinz.-Landarmenverbande für Idioten und Epileptische sorgen wird. Die Ansicht des Herrn *Gürich*, dass von den vorgenannten Zahlen noch ca. 50 pCt. in Abzug zu bringen sein dürften, blieb nicht unbestritten. Wenn man, soweit dies nach den vorhandenen Zählungen zulässig erscheint, 1 Idioten auf ca. 500—750 Einwohner rechnet und erwägt, dass nach den in Hannover und Würtemberg gemachten Erfahrungen nur etwa der 6. Theil der vorhandenen Idioten der Anstaltspflege bedürftig ist, so ergiebt sich immmerhin auch nach Abzug der Stadt Breslau für die Provinz Schlesien eine erheblich höhere Zahl, als die von 962 Idioten. Eine weitere wesentliche Stütze erhielten die Bedenken gegen die Ergebnisse der von der Prov.-Verwaltung erhobenen Statistik durch bemerkenswerthe Mittheilungen des Herrn *Kurella*. Er berichtete, dass durch eine Verfügung der Königlichen Regierung seit 1888 die Lehrer verpflichtet sind, über alle in ihrem Schulbezirk vorhandenen mit geistigen oder körperlichen Defecten behafteten schulpflichtigen Kinder den Kreis-Schulinspectoren Meldung zu erstatten. Aus den Listen der Kreis-Schulinspectoren ergiebt sich daher ohne Schwierigkeit die Zahl der im schulpflichtigen Alter befindlichen Idioten und Epileptiker. Nach den vom Herrn *Kurella* angestellten Ermittelungen sind nun im Kreise Kreuzburg 22 idiotische Kinder im Alter unter 11 Jahren vorhanden, während nach den von der Provinz.-Verwaltung erhobenen Zahlen in demselben Kreise nur 12 Idioten überhaupt sich befinden sollen. Es erhellt hieraus zur Genüge die Unzuverlässigkeit der von Herrn *Gürich* mitgetheilten Zahlen.

Ebensowenig Anspruch auf Zuverlässigkeit dürften die von Herrn *Gubitz* durch eine Enquête aus der Stadt Breslau gewonnenen Zahlen haben. Herr *Gubitz* hat an 315 Breslauer Aerzte und 19 Breslauer Anstalten 334 Anfragen versandt. Von diesen sind 2 als unbestellbar, 1 wegen verweigerter Annahme zurückgekommen. Von den übrig gebliebenen 331 Adressaten haben 209 negativ dahin geantwortet, dass in den von ihnen ärztlich behandelten Familien Idioten nicht vorhanden seien, 91 haben gar nicht geantwortet, positive Angaben über vorhandene Idioten haben gemacht 31 Aerzte und Anstalten.

Darnach wurden in Breslau gezählt 114 Idioten, von denen sich 61 im Alter unter 16 Jahren, 53 im Alter von 17 Jahren und darüber befanden. Diese Zahlen sind so klein, dass sie als den thatsächlichen Verhältnissen entsprechend nicht angesehen werden können. Um sie möglichst zu vervollständigen wird Herr *Gubitz* geeignete Schritte thun, um in die Listen der Stadt-Schulinspectoren Einsicht zu erhalten.

Auch Herr *Gürich* beabsichtigt bei der Prov.-Verwaltung entsprechende Maassnahmen für die ganze Provinz anzuregen.

Demgegenüber beschränkte sich die Commission darauf, ihrer Ueberzeugung Ausdruck zu geben, dass eine zuverlässige Zählung aller Idioten und Epileptiker kaum ausführbar sein dürfte. Den Umfang der erforderlichen Anstaltsfürsorge von vornherein zu übersehen, erscheint daher

Digitized by Google

unmöglich. Es wird zunächst genügen müssen, in einer den gewonnenen Zählungsresultaten ohngefähr entsprechenden Weise diese Fürsorge vorzubereiten und dabei auf die Möglichkeit der Erweiterung für den Fall des eintretenden Bedürfnisses Bedacht zu nehmen.

Die weitere Berathung der Commission hat sich dann der Frage betreffend die Organisation der Anstaltsfürsorge für Idioten und Epileptiker zugewendet.

In dieser Beziehung einigte man sich dahin, dass diese Fürsorge am sachgemässesten und zweckentsprechendsten nur dann ausgeübt werden könne, wenn sie stattfinde in eigenen, von der Prov.-Verwaltung selbst eingerichteten und verwalteten, öffentlichen Anstalten. Bei aller Anerkennung dessen, was die bisher durch private und öffentliche Wohlthätigkeit eingerichteten derartigen Privatanstalten geleistet, war man doch der Meinung, dass die Organisation dieser Anstalten eine zweckentsprechende nicht sei. Einstimmig betonte man, dass der Schwerpunkt der Idioten-Anstaltsfürsorge in der Erziehung liegen müsse, insofern dadurch manche Idioten derart gefördert werden könnten, dass sie der Anstaltspflege nicht mehr bedürftig seien. Dazu aber ist es vor allem nothwendig, die bildungsfähigen Idioten erwerbsfähig zu machen, es ist daher weniger der Unterricht, als vielmehr die Erziehung, die der eingehendsten Pflege in den Anstalten bedarf. Hierfür aber hält die Commission es vor allem für erforderlich, dass dem Arzte eine wesentlich andere Stellung in der Idiotenanstalt eingeräumt wird, als dies z. Z. in den bestehenden Privat-Idiotenanstalten der Fall ist. Idioten und Epileptiker sind Kranke, deren gesammte Hygiene vom Arzte geregelt werden muss. Inwiefern bei jedem einzelnen dieser Kranken und nach welcher Richtung hin die erziehliche Einwirkung stattfinden soll, inwieweit jeder einzelne Kranke zur Beschäftigung anzuhalten und heranzubilden ist, kann allein vom Arzte beurtheilt und bestimmt werden. Dem Arzte gebührt daher die Leitung derartiger Anstalten, insbesondere auch, soweit sie erziehlichen Zwecken dienen. Grade für diese Zwecke ist die eingehendste ärztliche Kenntniss jedes einzelnen Kranken unumgängliches Erforderniss, und ist die Heran- und Ausbildung des pädagogischen und Pflege-Personals eine Hauptaufgabe des Arztes. Diese Aufgabe aber zu erfüllen vermag der Arzt nur dann, wenn ihm nicht blos berathend einzuwirken gestattet, sondern wenn er bestimmend und leitend einzugreifen berechtigt und befugt ist. Dass ihm aber diese leitende Stellung ähnlich wie bei den Provinzial-Irrenanstalten eingeräumt wird, ist wohl nur zu hoffen, wenn die Prov.-Verwaltung auch die Idiotenanstalten selbst verwaltet.

Bei den engen Beziehungen überhaupt, welche die Fürsorge für Idioten und Epileptische zur provinzialen Irrenpflege hat und immer haben wird, hat es die Commission, wenn auch gegen den Einspruch des Herrn *Gürich*, für geboten erachtet, dem entschiedensten Wunsche Ausdruck zu geben: dass die Idioten- und Epileptikeranstalten demselben Decernat bei der

Digitized by Google

Prov.-Verwaltung unterstellt werden möchten, dem die öffentlichen Irrenanstalten unterstellt sind. So nahe diese Maassnahme an und für sich liegt, so ist sie doch insofern nicht selbstverständlich, als die Fürsorge für Idioten und Epileptiker gesetzlich dem Landarmenverbande auferlegt ist, während die Irrenpflege bisher die Prov.-Verwaltung als solche übernommen hat und auch in Zukunft behalten dürfte. Identisch aber sind, wie vorhin bemerkt wurde, Prov.-Verwaltung und Landarmenverband in Schlesien nicht, sodass denn auch der Landarmenverband nicht unter der Firma der Prov.-Verwaltung, sondern unter seiner eigenen, als „Landarmenverband" zeichnet. Es würde daher, wenn dem Landarmenverbande als solchem die Anstaltsfürsorge für Idioten und Epileptiker unterstellt würde, die ganze Summe von Erfahrung und Schulung, die jetzt bei dem Decernat für die Irrenanstalten aufgestapelt ist, den Idiotenanstalten nicht direct zu gute kommen. Das wäre aber im Interesse der gesammten Organisation der neuen Anstalten, im Interesse ihrer gedeihlichen Entwicklung und der durch sie zu erhoffenden Förderung der Wissenschaft entschieden zu beklagen.

Hierzu kommt noch ein anderer Grund. Es ist mit Sicherheit zu erwarten, dass, wenn erst öffentliche derartige Anstalten vorhanden sind und sich in der Bevölkerung Vertrauen erworben haben, dass dann die Aufnahme auch nicht armer Idioten und Epileptiker in diese Anstalten begehrt werden wird. Eine derartige Benutzung zu fördern liegt zweifellos ebenso im allgemeinen öffentlichen Interesse, wie in dem der Kranken selbst; sie dürfte aber nur zu sehr beeinträchtigt werden, wenn die Anstalten direct vom Landarmenverbande ressortiren.

Schliesslich hat die Commission die verschiedenen Arten von Anstaltsfürsorge in Erwägung gezogen, wie sie für Idioten und Epileptiker in Schlesien in Frage kommen. Es handelt sich demnach darum, ob

a) grosse gemeinsame Anstalten für alle Arten von Idioten und Epileptiker zu empfehlen sind; oder
b) ob es besser ist, die Anstalten in solche für jugendliche Idioten und Epileptiker und solche für erwachsene zu trennen; oder endlich
c) ob es vorzuziehen ist, lediglich Annexe für jugendliche Idioten und Epileptiker den bestehenden öffentlichen Irrenanstalten anzugliedern und die erwachsenen in den Provinzial-Irrenanstalten zu belassen.

Dieser letzte, von Herrn *Kurella* in der vorigen Vereinssitzung zu allgemeiner Durchführung empfohlene Vorschlag wurde von ihm aufs neue in treffender Weise durch die Darlegung begründet, dass die gesetzliche Verpflichtung zur Fürsorge für Idioten und Epileptiker eigentlich Neues nur bringe, insofern vom 1. April 1893 ab auch für die jugendlichen Idioten und Epileptiker Fürsorge zu treffen sei. Nur darin liegt der zwingende Grund, etwas Neues zu schaffen. Und dieses Neue lediglich in Form der vorgeschlagenen Annexe an das Bestehende — die öffentlichen Irrenanstalten — anzuschliessen, müsse als die einfachste Lösung der ganzen Frage gelten.

Digitized by Google

Bei voller Würdigung dieser Gründe wurde doch mit Recht gegen die Annexe geltend gemacht, dass, ob sie überhaupt herzustellen seien oder nicht, zumeist von rein localen Verhältnissen abhängig sein würde. Dazu kommt, dass, wenn sie geschaffen wären, es an Anstalten fehlen würde, in welchen solche erwachsene Epileptiker Aufnahme finden könnten, die nicht als geisteskrank anzusehen sind. Dass aber für solche die gesetzliche Verpflichtung ebenfalls wird erfüllt werden müssen, kann nicht zweifelhaft sein. Demgegenüber, sowie im Hinblick auf die Uebelstände, welche die Trennung jugendlicher und erwachsener Idioten und Epileptiker wegen der Ueberführung aus einer Anstalt in die andere mit sich bringen dürfte, und mit Rücksicht auf die thatsächliche Unmöglichkeit, Idioten und Epileptiker auseinander zu halten, entschied sich die Commission dahin, als das Zweckmässigste für die Provinz Schlesien die Errichtung grosser, gemeinsamer Anstalten für alle Arten von Idioten und Epileptischen zu empfehlen, selbstverständlich mit der Maassgabe, dass innerhalb dieser grossen Anstalten die erforderlichen, gesonderten Abtheilungen hergestellt werden, und unter der Voraussetzung, dass als Schwerpunkt der ganzen Organisation die erziehliche Seite betont wird. In diesem Sinne gelangte man einstimmig zu dem Beschlusse.

„Der Vereinigung aller Kategorien idiotischer und epileptischer Kranken in grossen, gemeinsamen Anstalten stehen keinerlei Bedenken entgegen, wenn eine ärztlich und pädagogisch gut ausgestattete Erziehungsabtheilung für idiotische und epileptische Kinder den Mittelpunkt und wesentlichsten Theil der neuen Organisation bildet."

An der Discussion betheiligen sich die Herren *Gubitz*, *Gürich*, *Wernicke*, *Dornblüth*, *Alter* und *Kurella*.

Es wird beschlossen, den durch Herrn San.-R. *Alter* erstatteten Commissionsbericht den Redactionen der Schlesischen und Breslauer Zeitung zum Abdruck zur Verfügung zu stellen.

Der Vorsitzende spricht Herrn Dr. *Kurella* für die Anregung zu diesen, hoffentlich das Gemeinwohl fördernden Verhandlungen den Dank des Vereins aus.

2. Dr. *Trepinski*-Görlitz, „Beitrag zur Kenntniss der Entwickelung der Markscheiden in den Hintersträngen des Rückenmarkes" (mit Vorzeigung von Präparaten). (Autoreferat.)

Vortragender hat mit der *Weigert-Pal*'schen Methode Rückenmark von Föten, welche die Maasse zwischen 27 und 47 cm besassen, untersucht, und erstreckte sich die Untersuchung vorläufig auf das Lumbal-, Brust- und untere Halsmark. Hierbei zeigte es sich, dass die ersten markhaltigen Nervenfasern in den Hintersträngen bei Foeten, die etwa die Länge von 24 cm erreicht haben, sich nachweisen lassen. Diese ersten markhaltigen Nervenfasern finden sich auf einem Querschnitt aus dem Lumbalmark derartig vertheilt, dass in einem hinteren seitlichen Abschnitt des Hinterstranges

Digitized by Google

keine Fasern sich vorfinden [Fig. 1 a[1])], über den übrigen Theil desselben liegen sie ziemlich gleichmässig zerstreut. Im Brust- und unterem Halsmark ist die Vertheilung der markscheidenhaltigen Fasern auf dieser Ent

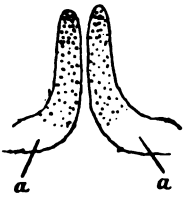


Fig. 1.
Fötus von ca. 24 cm, Lumbalmark.

Fig. 2.
Fötus von ca. 28 cm, Lumbalmark.

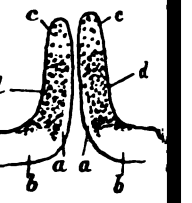


Fig. 3.
Fötus von ca. 35 cm, Lumbalmark.

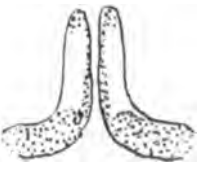


Fig. 4.
Fötus von ca. 42 cm, Lumbalmark.

Fig. 5.
Fötus von ca. 24 cm, unteres Halsmark.

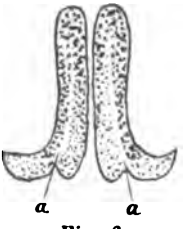


Fig. 6.
Fötus von ca. 28 cm, unteres Halsmark.

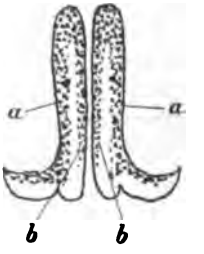


Fig. 7.
Fötus von ca. 35 cm, unteres Halsmark.

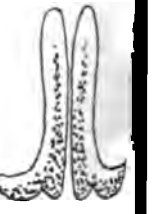


Fig. 8.
Fötus von ca. 42 cm, unteres Halsmark.

wickelungsstufe insofern eine andere, als man dieselben nur in einem schmalen Streifen neben dem Sept. post. (Fig. 5 a) und in äusseren Theilen

[1]) Die beigefügten schematischen Abbildungen sollen die Ausbreitung der markscheidenhaltigen Fasern auf dem Querschnitt aus den einzelnen twickelungsstufen versinnlichen.

Digitized by Google

des Hinterstranges (auch in diesen nicht bis an die hintere Peripherie) (Fig. 5 b) vorfindet; zwischen diesen inneren und äusseren Fasern liegt in der Hälfte des Hinterstranges eine von markhaltigen Fasern freie Partie (Fig. 5 c), die die Form eines mit der Spitze nach vorne gerichteten Keiles hat. Diese keilförmige Partie findet man bereits im unteren Dorsalmark; die Spitze des Keiles kommt im oberen Dorsal- und im unteren Halsmark mehr nach vorne zu liegen, erreicht aber nirgends die hintere Commissur.

Bei Fötus von ca. 28 cm Länge sind auch die hinteren seitlichen Abschnitte des Hinterstranges im Lumbalmark von markscheidenhaltigen Fasern eingenommen (Fig. 2). Indessen müssen auch in dem übrigen Theil des Hinterstranges neue Fasern zu dieser Zeit ihre Markscheiden bekommen haben, denn die Zahl der markhaltigen Fasern im Hinterstrang ist jetzt unvergleichlich grösser als auf der soeben besprochenen Entwickelungsstufe, und die freien Zwischenräume zwischen den einzelnen Nervenfasern sind geringer, trotzdem der Hinterstrang in toto an Umfang bedeutend zugenommen hat. Im Brust- und unterem Halsmark finden sich gleichfalls auf dem ganzen Querschnitt markhaltige Fasern (Fig. 6), und zwar stehen dieselben im unteren und mittleren Dorsalmark in den inneren Partien des Hinterstranges ebenso dicht, wie in den äusseren, und es ist eine Abgrenzung der äusseren Abschnitte gegen den inneren Theil nur dadurch möglich, dass jederseits im Hinterstrang in einer Partie, die die Form eines Streifens besitzt, die markscheidenhaltigen Nervenfasern weniger dicht stehen, diese Partie deswegen heller erscheint und durch ihre Lage gewissermaassen die Grenzpartie zwischen dem inneren Theil und den äusseren Abschnitten bildet (Fig. 6 a). Im oberen Brustmark nimmt der innere, von den hellen Streifen eingefasste Theil an Umfang zu und stehen nunmehr in ihm die Nervenfasern weniger dicht (sie sind über einen grösseren Raum vertheilt).

Während auf der zuletzt besprochenen Entwickelungsstufe die Vertheilung der markscheidenhaltigen Fasern im Lumbalmark ziemlich gleichmässig war, findet man bei Fötus von ca. 35 cm Länge eine unverhältnissmässig starke Ansammlung von markhaltigen Fasern in dem mittleren Theil des Hinterstranges (Fig. 3 d), so dass dieser Theil vermöge seines reichen Gehaltes an markscheidenhaltigen Fasern recht dunkel erscheint und sich gegen die übrigen Partien des Hinterstranges (die relativ hell erscheinen) abgrenzt. Diese Abgrenzung ist am schärfsten gegen eine innere und eine hintere (Fig. 3 a b), weniger deutlich gegen eine vordere Partie (Fig. 3 c) ausgesprochen. Aus diesem Befund geht hervor, dass bei Fötus von ca. 35 cm Länge in dem mittleren Theil des Hinterstranges zwischen den schon aus den beiden vorhergehenden Entwickelungsstadien vorhandenen markscheidenhaltigen Nervenfasern neue Fasern ihre Markscheiden bekommen. In dem Brust- und unteren Halsmark ist bei Fötus von ca. 35 cm Länge eine Zunahme von markscheidenhaltigen Fasern in den äusseren Theilen (Fig. 7 a) (mit Ausnahme des hinteren Abschnittes

Digitized by Google

derselben) und in einer inneren neben dem Sept. post. gelegenen Partie (Fig. 7 b) festzustellen, weshalb denn auch diese Theile dunkler erscheinen und sich gegen die übrigen Theile deutlich abgrenzen.

Bei Föten von ca. 42 cm Länge verschwinden die Unterschiede zwischen hellen und dunklen Partien, sowohl im Lumbal- wie im Brust- und unteren Halsmark, was darauf zurückzuführen ist, dass in den bis dahin hell gebliebenen Theilen um diese Zeit nunmehr auch neue markscheidenhaltige Fasern zwischen den schon vorhandenen auftauchen. Die Ausbreitung der Fasern aus diesem Entwickelungsstadium im Lumbal- und unteren Halsmark geben die Fig. 4 und 8 an. Die Bildung der Markscheiden an den Hinterstrangfasern scheint damit abgeschlossen zu sein.

Um diese Zeit bekommt man auch in der *Lissauer*'schen Randzone markscheidenhaltige Fasern zu sehen; die Zahl derselben ist nicht unbeträchtlich, jedoch sind die freien Zwischenräume noch relativ gross.

Aus den obigen Ausführungen geht nun hervor, dass die in den Hintersträngen verlaufenden Nervenfasern (von der *Lissauer*'schen Randzone, in der auch noch bei Föten von 42 cm Länge im Gegensatz zu dem übrigen Hinterstrang nicht alle Fasern die Markscheiden zu besitzen scheinen, abgesehen) ihre Markscheiden in vier Zeitabschnitten bekommen und zwar entsprechen diese Zeitabschnitte den Entwickelungsstadien, in denen die Föten etwa die Länge von 24, 28, 35 und 42 cm erreichen.

Die den einzelnen Entwickelungsstadien angehörenden Fasern liegen zum Theil gemischt durcheinander (so findet man solche z. B. in dem mittleren Theil des Lumbalhinterstranges aus dem ersten, zweiten und dritten Entwickelungsstadium durcheinander gelagert). Hinsichtlich der Ausbreitung auf dem Querschnitt verhalten sich die einzelnen Faserarten verschieden und ist diese Ausbreitung im Lumbalmark eine andere als im Brust- und unterem Halsmark.

Was nun speciell das Verhältniss derjenigen Fasern, die in dem inneren Theil (*Goll*'schen Strang) zu denjenigen, die in den äusseren Theilen (*Burdach*'schen Strängen) des Hinterstranges des Brust- und unteren Halsmarkes verlaufen, anbetrifft, so erhalten die Nervenfasern in dem *Goll*'schen Strang ihre Markscheiden zu denselben Zeiten und in ebenso vielen Zeitabschnitten, wie die *Burdach*'schen Stränge, es besteht demnach in entwickelungsgeschichtlicher Hinsicht kein prinzipieller Unterschied zwischen den *Goll*'schen und den *Burdach*'schen Strängen.

Da nun in dem *Goll*'schen Strang Fasern vom langen Verlauf, in den *Burdach*'schen Strängen auch Fasern vom kurzen Verlauf sich finden, so ergiebt sich weiter, dass auch zwischen kurzen und langen Fasern des Hinterstranges kein Unterschied hinsichtlich der Entwickelung der Markscheiden besteht.

Zum Schluss weist der Vortragende auf das Verhältniss der angeführten Befunde zu der Degeneration der Hinterstränge bei der Tabes hin. Die Hinterstränge bei der Tabes können in verschiedener Ausbreitung und

Digitized by Google

verschiedener Intensität erkranken. Nun ist oben angeführt worden, dass auch die den verschiedenen Entwickelungsstadien angehörenden Fasern eine verschiedene Ausbreitung auf dem Querschnitt des Hinterstranges finden. An der Hand dieser Thatsache lässt sich nachweisen, dass bei den verschiedenen Fällen der Tabes Nervenfasern erkranken, die hinsichtlich der Entwickelung ihrer Markscheiden das eine Mal diesem, das andere Mal jenem Entwickelungsstadium angehören. So findet sich in einigen Fällen der Tabes (die gewöhnlich als die Anfangsstadien der Erkrankung angesprochen werden) der mittlere Theil des Hinterstranges besonders erkrankt; es ist nun oben erwähnt worden, dass diese Partie mit von Nervenfasern aus dem dritten Entwickelungsstadium eingenommen wird. Die Ausbreitung der Degeneration entspricht genau derjenigen, in der sich die Fasern aus dem besagten Entwickelungsstadium vorfinden, so dass angenommen werden kann, zumal in dem Degenerationsbezirk sich viele intacte Fasern finden, dass in diesen Fällen der Tabes gerade diejenigen Fasern erkrankt sind, die in dem dritten Entwickelungsstadium ihre Markscheiden bekommen. Zur Bekräftigung dieser Annahme dient auch der Umstand, dass im Brust- und unterem Halsmark die Erkrankung in dem *Goll*'schen Strang eine neben dem Sept. post. gelegene Partie einnimmt und in den *Burdach*'schen Strängen den hinteren Abschnitt derselben frei lässt, beides Umstände, die mit der Ausbreitung der Fasern des dritten Entwickelungsstadium im Brust- und unterem Halsmark in Einklang stehen. In anderen Fällen der Tabes degeneriren die Fasern aus dem dritten und vierten Entwickelungsstadium und es bleiben intact die Fasern, die dem ersten und zweiten Entwickelungsstadium angehören. Es zeigt sich nun, dass der so degenerirte Hinterstrang dasselbe Aussehen bietet, wie der aus dem zweiten Entwickelungsstadium, wo gleichfalls die Fasern aus dem dritten und vierten Entwickelungsstadium fehlen, und zwar bezieht sich diese Aehnlichkeit nicht nur auf das Lumbal-, sondern auch auf das Dorsal- und untere Halsmark. In noch anderen Fällen erkranken die Fasern aus dem zweiten und dritten Entwickelungsstadium. Bei dieser Combination findet sich sehr intensiv der mittlere Theil des Hinterstranges erkrankt — es fallen ja hier Fasern aus dem zweiten und dritten Entwickelungsstadium aus, und bleiben nur die aus dem ersten stehen — mässig degenerirt ist der hintere Abschnitt des Hinterstranges, wo die Fasern aus dem vierten Entwickelungsstadium intact bleiben. Im Brust- und unterem Halsmark findet sich, entsprechend der Ausbreitung der Fasern aus diesen beiden (II u. III) Entwickelungsstadien, die intensivste Degeneration in der mittleren Partie des *Goll*'schen Stranges, der übrige Theil dieses Stranges ist nur mässig erkrankt; in den *Burdach*'schen Strängen sind auch die hinteren Abschnitte derselben nunmehr erkrankt.

Es geht aus dem Obigen hervor, dass die Verschiedenheit in der Ausbreitung und Intensität der Degeneration in den Hintersträngen bei der Tabes darauf beruht, dass die Erkrankung Fasern bald aus diesem bald

Digitized by Google

aus jenem Entwickelungsstadium ergreift; dabei können Fasern, die verschiedenen Entwickelungsstadien angehören, combinirt erkranken. Wollte man nun die Fasern, die zu einer bestimmten Zeit ihre Markscheiden erhalten, als zu einem System gehörig auffassen (wobei noch einmal darauf hingewiesen sein mag, dass zu einer und derselben Zeit Fasern, die verschiedenen Verlauf in dem Hinterstrang zeigen, ihre Markscheiden bekommen), so wäre die Tabes eine Systemerkrankung und zwar wohl in den meisten Fällen eine combinirte Systemerkrankung.

Discussion.

Herr *H. Sachs* erwähnt, dass Prof. *Flechsig* auf der letzten Naturforscherversammlung Präparate vom Embryo und von einem Tabeskranken gezeigt habe, bei welchen im ersten Falle die Fasern des dritten Entwickelungsstadiums entwickelt, im zweiten Falle die Fasern gerade an derselben Stelle degenerirt waren.

Er bittet ferner den Vortr. um genauere Auskunft über das von dem Vortr. erwähnte Verfahren der Erhitzung der Präparate.

Herr *Trepinski*: Die Präparate sind im Laboratorium der psychiatrischen Klinik zu Leipzig angefertigt. Prof. *Flechsig* hat in Halle ähnliche Präparate zur Verfügung gehabt.

Die Präparate werden in der Hämatoxylinlösung im Brütofen erwärmt.

3. Prof. *Pick*-Prag: „Ueber die Combination hysterischer und organisch bedingter Störungen in den Functionen des Auges".

Der Vortrag, dessen Mittheilung bei Abwesenheit des Verfassers durch den Vorsitzenden übernommen worden war, wird anderweitig in extenso veröffentlicht werden.

4. Dr. *Freund*-Breslau demonstrirt „Schemata zur Eintragung von Sensibilitätsbefunden".

Dieselben sind inzwischen im Verlage von August Hirschwald in Berlin erschienen.

5. Dr. *Hahn*-Breslau demonstrirt Photographien von Frontalschnitten durch eine Gehirnhemisphäre, welche eine zwei- bis dreifache Vergrösserung haben. Die Schnitte sind nach der von Dr. *Sachs* in dessen neu erschienenem Werke über das Hemisphärenmark des Grosshirns unter Zugrundelegung der *Pal*'schen Methode angegebenen Weise differenzirt.

6. Dr. *Heinrich Sachs*-Breslau berichtet unter Vorzeigung von Präparaten aus der Hirnrinde über eine von dem verstorbenen Collegen *Lissauer* gefundene Abänderung der *Weigert*'schen Markscheidenfärbung. Die möglichst dünnen Schnitte des in Müller'scher Lösung gehärteten Organs werden — ungekupfert — in einer 1 procentigen Chromsäurelösung vorsichtig

Digitized by Google

so lange erhitzt, bis die Flüssigkeit eben die ersten Blasen aufsteigen lässt, dann ganz flüchtig in Wasser abgespült und in Weigert'scher Hämatoxylinlösung ebenfalls vorsichtig bis zur Blasenbildung erhitzt. Die Schnitte werden dann in der von *Pal* angegebenen Weise mit übermangansaurem Kalium und schwefliger Säure entfärbt. Die Fasern färben sich bei dieser Methode tiefschwarz und treten ungemein scharf hervor. Auch wenn die vorhergegangene Härtung nicht sehr sorgfältig geschehen war, lässt die Methode nicht im Stich. — Es scheint, dass dieselbe auch schon bei nur kurze Zeit in Müller'scher Lösung gehärteten Gehirnen brauchbare Resultate ergiebt; die Versuche hierüber sind noch nicht abgeschlossen.

Dr. *Cl. Neisser.*

Digitized by Google

Literatur.

Dr. *H. Kurella, Cesare Lombroso* und die Naturgeschichte des Verbrechers.

Ueber das vielbesprochene Thema „*Cesare Lombroso* und die Naturgeschichte des Verbrechers", hat *Kurella* in der Sammlung gemeinverständlicher wissenschaftlicher Vorträge von *Virchow* und *Holtzendorff* (Heft 147) eine recht lesenswerthe Abhandlung veröffentlicht, die das reiche Material in gedrängter Uebersicht zusammenfasst und erläutert.

Je mehr wir geneigt sind, die Vorzüge des genialen und liebenswürdigen italienischen Forschers anzuerkennen, um so weniger dürfen wir uns gegen seine Schwächen und Mängel ablehnend verhalten, und dass *Lombroso*'s Stärke nicht in der Kritik gelegen ist, dieser Einsicht werden sich selbst seine eifrigsten Anhänger und Bewunderer, zu denen ich mich gerne zähle, nicht entschliessen können.

Wenn es hierfür an Beweisen in seinen Werken fehlen würde, was im übrigen nicht der Fall ist, so würde die Stellung *Lombroso*'s zu spiritistischen Allfanzereien, wie er sie dem Berliner Tageblatt gegenüber selbst zugestanden hat, einen neuen Beitrag liefern. *Moll* hat sich der Mühe unterzogen (Zeitgeist vom 15. Februar cr.) die Fehler der Methode hervorzuheben, wodurch die Abgabe eines Urtheiles in einer so verzwickten Sache zum Mindesten als werthlos erscheint und es nichts weniger als unwahrscheinlich ist, dass *Lombroso* ebenso wie schon unzählige andere vor ihm einem geschickten Betruge zum Opfer gefallen ist.

Mir fällt dabei als Gegensatz das Verhalten *Tyndall*'s ein, den der Menschheit ganzer Jammer überkam, als er bei einer ähnlichen Gelegenheit unter den Tisch gekrochen war, um den Manipulationen der Geister auf die Spur zu kommen. (Wissenschaftl. Vorträge 1874.) Eine andere Frage aber ist es, ob es nicht grade diese Eigenschaft *Lombroso*'s ist, die ihn zu einem der anregendsten Forscher der Gegenwart macht, der, nicht von des Gedankens und des Zweifels Blässe angekränkelt, mit vollen Händen seine Gaben ausstreut, unbekümmert, ob bei näherer Untersuchung sich alle als echt bewähren werden.

Auch *Kurella* deutet gelegentlich auf die Neigung *Lombroso*'s hin, intuitiv Analogien zu erfassen, die seiner Phantasie zu Identitäten werden.

Digitized by Google

Im Uebrigen lässt er ihm volle Gerechtigkeit zukommen, wenn er auch trotz *Lombroso* die Existenz eines einheitlichen, alle speciellen Formen des Verbrecherthums umfassenden Typus des geborenen Verbrechers noch für fraglich erklärt. Ebensowenig hält er den Beweis für erbracht, dass Epilepsie und Verbrecherthum eigentlich ein und dasselbe seien, wenn es auch an Beziehungen zwischen beiden nicht fehlt. Trotzdem bleiben der Verdienste *Lombroso*'s genug übrig. Die ungeheure Masse der von ihm gesammelten Thatsachen kann nicht mehr beseitigt werden, und er hat unwiderlegbar dargethan, dass die meisten Entarteten social unzulänglich sind, und diese sociale Unzulänglichkeit das entartete Individuum zu einer dauernden Gefahr für die menschliche Gesellschaft macht. „Die stete Gefahr gezeigt zu haben, die der Gesellschaft droht, wenn das grosse Heer der kriminell veranlagten Degenerirten nach wie vor uncontrollirt der Führung seiner antisocialen Instincte überlassen bleibt, das ist das unsterbliche Verdienst *Lombroso*'s" (pag. 47). *Pelman.*

Psychologie der Suggestion. Von Dr. phil. *Hans Schmidkunz* (Privatdocent [!] der Philosophie an der Universität München). Mit ärztlich-psychologischen Ergänzungen von Dr. phil. et med. *Franz Carl Gerster* (praktischer [!] Arzt in München). Stuttgart, Enke, 1892. gr. 8°, XII, 425 S.

Der Verf. versucht zunächst, die Suggestion in ihren verschiedenen Formen und innerhalb verschiedener Verhältnisse zu beschreiben. Die niederste Form ist die von Gegenständen ausgehende Objectsuggestion, die aber auch schon in drei Unterarten zerfällt. Ihr schliesst sich die Personalsuggestion an. Herr *Schmidkunz* theilt sie ein, einerseits nach Mittelbarkeit und Absichtlichkeit, auderseits nach dem benutzten Mittel, d. h. in Real-, Verbal- und Mentalsuggestionen. So erhalten wir z. B. die indirecte absichtslose Verbalsuggestion, als welche etwa die Suggestivfragen des Arztes oder Richters gelten können; ferner z. B. die directe absichtliche Mentalsuggestion bei den Experimenten der Gedankenübertragung. Eine dritte Art ist die Autosuggestion, die theils willkürlich, theils unwillkürlich mit anderer Absicht — die Simulation erzeugt schliesslich den Glauben an die eigene Lüge —, theils ohne irgend eine Absicht ist. Was ist aber nun allen diesen Klassen von Suggestion gemeinsam, worin besteht das Wesen der Eingebung überhaupt? Der Verf. antwortet mit leiser Abänderung der *Moll*'schen Definition: „Suggestion ist die Hervorrufung eines Ereignisses durch die Erweckung seines psychischen Bildes", und er fasst den Thatbestand in ein „Gesetz der Suggestion", das da lautet: „Unter gewissen Umständen kann auf eine Seele so eingewirkt werden, dass sich die ihr beigebrachte Vorstellung eines Phänomen in dieses selbst

Digitized by Google

umsetzt". Von „Eigenschaften der Suggestion" erwähnt er sieben, so das Zwangsartige, den Gegensatz gegen das Ueberlegte und die begrenzte Dauer. Alsdann schreitet das Buch fort zur Schilderung von suggestiven Zuständen spontanen Ursprunges, von Schlaf, Lethargie, Kataplexie und von psychischen Aggregatänderungen überhaupt. Es stellt sich nun von selbst die Frage ein: lassen sich Zustände wie diese hypnoiden nicht nach Belieben erzeugen? Der zweite Theil des Werkes bringt die bejahende Antwort mit einer überflüssig langen Erörterung der Hypnose, die in den psychologischen Kreis eines einheitlichen Suggestionismus eingefügt werden soll. Der dritte Theil versucht eine Erklärung der Suggestion, indem er sie erst in ihre Ursachen zerlegt und dann wieder aus ihnen aufbaut. Was die Entstehung von Eingebungen möglich macht, ist zunächst die Beharrungs- und Bewegungskraft der Vorstellungen, die wird sehr hübsch in ihren verschiedenen Stärkegraden dargestellt, mit besonderer Berücksichtigung der von den Zwangsvorstellungen zu unterscheidenden „zwingenden Vorstellungen". „Man nehme die einfach vorüberziehende Vorstellung von der Situation eines Menschenkopfes — etwa des eigenen — unter den Eisenrädern; dann ein längeres Quälen dieser Vorstellung: daneben vielleicht die eigenartige Lust an dem Grauenvollen derselben: und endlich den krankhaften Trieb nach Verwirklichung jener Situation (Mord, Selbstmord)." So findet die Suggestion ihre Stützen im Vorstellungs- und Urtheilsleben; nicht minder aber auch in den Gefühls- und Triebvorgängen der Seele. Denn allen diesen psychischen Processen ist der Charakter der Eigenthätigkeit, ist eine „psychische Energie" gemeinsam. Die wesentlichen Merkmale der suggestiven Zustände sind nun die Erhöhung dieser psychischen Energien, ihre Isolirung, Dissoziirung und drittens ihre Einstellung auf das Belieben des Hypnotiseurs. Die Hypnose bezeichnet daher der Verf. als denjenigen künstlichen schlafartigen Zustand, in welchem die verschiedenen psychischen Energien in den vom Hypnotismus bestimmten Richtungen gesteigert (modifizirt) sind. — Der letzte Theil des Werkes enthält schliesslich „Anwendungen" des Suggestionismus auf Wissenschaft und Leben.

Der Eindruck, den das Werk hervorruft, ist nicht gerade ungünstig. Man hat die Empfindung, dass der Verf. das geschickt gewählte Thema mit grossem Fleisse und unter weiten Gesichtspunkten behandele. Aber bei aufmerksamer Lectüre fallen doch auch recht viele Mängel in die Augen. Vor allen Dingen stört die Zerfahrenheit in der Anordnung des Stoffes. Ueber denselben Gegenstand wird an zehn bis zwölf verschiedenen Stellen ungefähr dasselbe gesagt und von dem Hülfsmittel der Verweisung ausgiebigster Gebrauch gemacht. Hr. *Schm.* meint zwar, er bediene sich der starren Definitionen und harten Rubriken deshalb nicht, weil sie den in einander fliessenden Thatsachen nicht entsprächen. Er übersieht indessen, dass es in allen anderen Wissensgebieten ebenso steht und trotzdem aus praktischen Rücksichten von Begriffsbestimmungen und Eintheilungen

Digitized by Google

nicht abgesehen werden kann. Uebrigens sind die Eintheilungen, die wir von ihm erhalten, höchst unklar. Die bereits erwähnte Classification z. B. in directe (indirecte) und absichtslose (absichtliche) Personalsuggestionen giebt weder ein symmetrisches und erschöpfendes Bild, noch benutzt sie, wie verlangt werden muss, wesentliche Merkmale als Eintheilungsgrund. Und ganz ausser Zusammenhang damit treten dann gelegentlich neue Eintheilungen auf, so in elementare und verwickelte, oder in Präge- und Anziehungssuggestionen. Was ferner die „Erklärung" der Suggestion vermittelst der zu etwas Neuem aufgebauschten „psychischen Energien" betrifft, so kann ich sie weder für eine Erklärung noch für eine Förderung unseres Verständnisses dieser Erscheinung überhaupt halten. Der Fehler scheint mir darin zu liegen, dass die hohe Bedeutung der Gedächtnissvorgänge garnicht erkannt wird. Das kommt z. Th. wohl von der Unkenntniss des Verfassers gegenüber der englischen Literatur: alle die feinspürigen und ertragreichen Untersuchungen *Frederic Myer*'s sind von ihm nicht benutzt worden. Zum andern aber liegt es an der sehr krausen Psychologie, die Herr *Schm.* sich gebildet hat. Auf die Einzelheiten einzugehen, ist an dieser Stelle nicht angebracht. *Max Dessoir.*

Elektrotherapeutische Streitfragen. Verhandlungen der Elektrotherapeuten-Versammlung zu Frankfurt a. M. am 27. Sept. 1891. Herausgegeben von Dr. *L. Edinger*, Dr. *L. Laquer*, Dr. *E. Asch* und Dr. *A. Knoblauch*. Wiesbaden, 1892. 82 S.

Viele Köpfe, viele Meinungen, das ist der erste Eindruck, den diese Verhandlungen über Elektrotherapie gewähren. Welch' ein Gegensatz zwischen den skeptischen Betrachtungen und Forderungen von *Rosenbach* und *Bruns* und dem starken Vertrauen, das z. B. *C. W. Müller* und (in schriftlicher Mittheilung) *Vigouroux* auf die Wirkungen der Elektricität setzen! Wenn schon in der allgemeinen Frage, in wie weit dem elektrischen Strome überhaupt eine besondere Heilwirkung zukomme, resp. wie viel des anscheinenden Erfolgs auf Nichtbeachtung des natürlichen Heilungsverlaufs oder auf Suggestion beruhe, vollständig entgegengesetzte Anschauungen zu Tage traten, so gingen selbstverständlich auch in Einzelfragen die Erfahrungen weit auseinander. Der Schwerpunkt der Verhandlungen liegt aber unstreitig in der Besprechung der Fundamentalfragen der Elektrotherapie, und jeder Leser wird mit grossem Interesse der Entwickelung der verschiedenen Ansichten folgen und reiche Anregung gewinnen. Jedenfalls geht aus der Schrift hervor, wie das psychische Moment in der elektrischen Heilwirkung immer mehr in bewusster Weise gewürdigt wird, und dass die hierauf bezüglichen Anregungen von *Moebius*, der leider selbst an der Versammlung nicht theilnahm, fruchtbar gewirkt haben und zu schärferer Controlle der Einzelbeobachtungen drängen. Folgende Fragen

Digitized by Google

kamen zur Verhandlung: 1) In wieweit beruht der Erfolg der elektrischen Proceduren auf Suggestionswirkung? Lassen sich durch die Elektrotherapie Wirkungen erzeugen, welche auf suggestivem Wege nicht zu erreichen sind? 2) Ist ein Nutzen von der Elektrotherapie bei organischen Erkrankungen der nervösen Centralorgane überhaupt zu erwarten? 3) Uebt der Strom heilende Kraft auf periphere Erkrankungen? 4) Inwiefern werden functionelle Neurosen durch die Elektricität in ihrer Heilung beschleunigt resp. überhaupt beeinflusst? 5) Welcher besondre Vortheil, den nicht andre Stromesarten bieten, ist von der Influenzelektricität zu erwarten? 6) Wie und warum sind elektrische Bäder zu verordnen? 7) Giebt es Veränderungen des Leitungswiderstandes, welche bei bestimmten Erkrankungen immer auftreten? 8) Ist eine einheitliche Methodik in der Application anzustreben? Aus der Besprechung der 7. Frage sei noch erwähnt, dass neben der bekannten Vermehrung des Leitungswiderstandes bei Hysterie von *Vigouroux* und *Séglas* auch eine noch viel beträchtlichere bei Melancholie gefunden wurde, eine Beobachtung, die übrigens in der Versammlung weder Widerspruch noch Bestätigung erfuhr.

Mit demselben Thema beschäftigt sich eine andere Schrift, deren Herausgabe mit durch die Frankfurter Verhandlungen veranlasst wurde:

Ueber die Heilwirkung der Elektricität bei Nerven- und Muskelleiden. Von Prof. *Fr.* Schultze zu Bonn. Wiesbaden, 1892. 29 S.

Dieselbe beruht auf einem schon 1887 in Dorpat gehaltenen Vortrage und bespricht in sehr objectiver Weise die elektrotherapeutischen Erfahrungen des Verfassers, der einen ähnlich kritischen Standpunkt einnimmt, wie *Bruns* auf der Frankfurter Versammlung. Ihm sind die Erfolge bei den organischen Erkrankungen nicht bewiesen, während bei functionellen Leiden, besonders bei Hysterie, die psychische Einwirkung wesentlich in Betracht komme. Neuralgien und Myalgien, sowie Schwächezustände der Organe mit glatter Musculatur sind nach Verf. unter Umständen durch den elektrischen Strom heilbar. Dass letzterer eigentliche Geisteskrankheiten bessern könne, würde Verf. nur glauben, wenn es ausdauernden Versuchen gelingen würde, „etwa gedächtnissschwache oder sonst intellectuell minderwerthige Kinder durch den elektrischen Strom geistig zu kräftigen oder die Anlagen mittelmässig begabter zu steigern resp. ungünstige Temperamentsanlagen zu ändern". *Hans L.*

***Werner, W.*, Die Paranoia. Eine Monographie. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1891.**

Verfasser bespricht im historischen Theil kurz die geschichtliche Entwickelung der Paranoia. Er will das Wort „Paranoia" beibehalten wissen

Digitized by Google

und versteht darunter diejenige geistige Erkrankung, „die selbständig verläuft und das Vorstellungsleben betrifft". Dazu kommen Wahnideen, die meist den Charakter der Beeinträchtigung tragen, und Sinnestäuschungen. Im allgemeinen Theile lässt sich der Verfasser des weitern aus über Wesen, Beginn, Symptome, Verlauf und Ausgänge der Paranoia, über Aetiologie: Erblichkeit, schlechte Erziehung bei bestehender Erblichkeit, psychische Einflüsse, Einzelhaft, Vagabondage, Traumen, Gifte, die verschiedenen Phasen des Lebens u. s. w. ohne im ganzen etwas wesentlich Neues zu bringen. Bei der Therapie legt der Verfasser ein grosses Gewicht auf möglichst freie Behandlung. Die Eintheilung der Paranoia ist folgende: A. Primäre Paranoia: α) acute einfache Paranoia; β) chronische einfache Paranoia; γ) acute hallucinatorische Paranoia; δ) chronische hallucinatorische Paranoia. B. Secundäre Paranoia. Der specielle Theil enthält eine eingehende Besprechung der aufgeführten Formen. Die acute einfache Paranoia betrifft meistens vorher ganz gesunde Individuen. Der Anfang ist meistens ein plötzlicher, öfters findet sich auch ein kürzeres oder längeres Prodromalstadium. Die Erkrankung documentirt sich neben Unruhe, Schlaflosigkeit und Reizbarkeit durch das primäre Entstehen von Wahnideen, die meistens den Charakter der Beeinträchtigung tragen. Die Kranken glauben sich überall beachtet und jede Veränderung des Bewusstseinsinhaltes wird jetzt als eine Beeinträchtigung schmerzhaft empfunden. Diese Form findet sich in 14,8 pCt. der Aufnahmen der Paranoischen. Ausgang: völlige Genesung (30 pCt.), Heilung mit Defect, Uebergang in die chronische Form, Tod (Suicidium). Die Genesung erfolgt besonders in den Fällen, wo keine Grössenideen bestehen. Therapie: Entfernung aus den Verhältnissen, roborirende Diät, Bettruhe. Verschwinden die Wahnideen nicht innerhalb Jahresfrist, dann geht die acute Form über in die chronische einfache Paranoia. Das Wahnsystem ist nun stationär geworden; die Beeinträchtigungsideen treten zurück, während die Ueberschätzungsideen vorherrschen. Hierher gehört: der Säuferwahnsinn, der Querulantenwahnsinn, moralische Paranoia, erotische Form, hysterische Verrücktheit, originäre Verrücktheit. Häufigkeit: 32,4 pCt. Die Prognose ist ungünstig. Der Ausgang ist geistiger Schwächezustand beim Fortbestehen der Symptome, allgemeine Verwirrtheit bis zur Demenz. Das Hauptmerkmal der dritten Form, der acuten hallucinatorischen Paranoia sind die Hallucinationen. Der Anfang ist fast immer acut, seltener finden sich Prodrome: Unruhe, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit. Die Hallucinationen treten massenhaft auf und betreffen alle Sinnesgebiete; erst secundär treten je nach der Beschaffenheit der Hallucinationen Beeinträchtigungs- oder Grössenideen auf. Dieselben verschwinden dann gewöhnlich innerhalb Jahresfrist ziemlich langsam, und es tritt völlige Genesung ein (ca. 75 pCt.). Diese Form findet sich häufig bei Inanitionszuständen, besonders nach schweren Infectionskrankheiten (Influenza), nach Geburten und beim chronischen Alcoholismus und in der Einzelhaft. Sie betrifft 18,3 pCt. aller Paranoischen.

Digitized by Google

Das weibliche Geschlecht und das jugendliche Alter ist bevorzugt. Der Ausgang ist Genesung oder Uebergang in die chronische Form — chronische hallucinatorische Paranoia. Die Therapie besteht in Bettruhe, kräftiger Diät, strenger Ueberwachung, lauwarmen Bädern, eventuell Schlafmitteln. Die typische, chronische, hallucinatorische Paranoia entwickelt sich langsam. Im Gegensatz zu der vorhergehenden Form finden sich hier zunächst spärliche Hallucinationen, die aber später reichlicher werden und an Intensität zunehmen. Im Anschluss hieran entwickeln sich zuerst Verfolgungs-, später Grössenideen. Zu dieser Form gehören die religiöse, die hypochondrische, die katatonische Paranoia und der physikalische Verfolgungswahn und betrifft 32,4 pCt. aller Paranoischen. Der Ausgang ist ein psychischer Schwächezustand. Die secundäre Paranoia ist eine postmelancholische oder postmanische nnd entwickelt sich aus einem andern Krankheitsbilde heraus: Melancholie oder Manie. Sie betrifft fast nur Frauen. Der Melancholische, der jahrelang den Grund seines Leidens in sich selbst gesucht hat, fängt an darüber nachzudenken, vielleicht in Folge eines wirklichen ihm zugefügten Unrechtes, ob nicht auch die Aussenwelt einen Theil Schuld an seinem Leiden trägt. Da sein Urtheil längst ein unsicheres ist und er andrerseits lediglich sich auf seine Hallucinationen verlässt, so glaubt er sich schliesslich von andern verfolgt und gequält. Der Maniacus hält, wenn er sich etwas beruhigt hat, aber noch nicht vollkommen orientirt ist, eine von den vielen früher geäusserten Wahnideen fest und bringt andere Erlebnisse, die gleichfalls falsch aufgefasst werden, mit derselben in Zusammenhang und bildet sich so ein fixes Wahnsystem. Die secundäre Paranoia findet sich vor in 2 pCt. Die Prognose ist infaust. — Jeder beschriebenen Form lässt der Verfasser eine entsprechende Anzahl von ausführlichen Krankengeschichten folgen. *Serger.*

Der künstliche Schlaf und die ihm ähnlichen Zustände. Von Dr. *A. A. Liébeault.* Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. med. *Otto Dornblüth,* II. Arzte der Prov.-Irrenanstalt Bunzlau. Leipzig u. Wien, Deuticke, 1892. gr. 8°, VII, 203 S.

Das vorliegende Buch ist bereits im Jahre 1866 geschrieben und damals ungünstig beurtheilt worden. Inzwischen haben sich die Zeiten geändert und — wie *Liébeault* mit feinem Spotte bemerkt — „manche Männer der Wissenschaft haben sogar schon Vieles entdeckt, was ich damals veröffentlichte". Sicherlich ist daher die Herausgabe einer so guten deutschen Uebersetzung wie der *Dornblüth*'schen zeitgemäss im besten Sinne des Wortes. Aber nicht nur ein geschichtliches Interesse fesselt den Leser an das Werk, sondern auch die sachliche Theilnahme für den Inhalt wird schon bei der Lectüre der ersten Seiten geweckt. Es ist ja Vieles von den psychologischen Auseinandersetzungen theils veraltet theils oberflächlich: veraltet erscheinen mir z. B. die Bemerkungen über die

Digitized by Google

Muskelthätigkeit und Ermüdung, oberflächlich u. A. die Untersuchungen über das Bewusstsein und den Spiritismus. Dennoch bleibt eine Fülle von Wissenswerthem und Anregendem.

Die Darstellung geht von der Ansicht aus, dass die Entstehungsmerkmale des gewöhnlichen und des künstlichen Schlafes dieselben seien. Sie behandelt nun den Schlaf im Allgemeinen, den oberflächlichen Schlaf und mit besonderer Ausführlichkeit den künstlichen tiefen oder somnambulischen Schlaf. Dabei laufen wichtige Bemerkungen unter über Hallucinationen, Voraussehen und eine „Erziehung vor der Geburt", wobei der Anwendung der Suggestion auf hypnotisirte Schwangere und zwar zu Gunsten des Kindes das Wort geredet wird. — Der zweite Theil des Buches beschreibt die Nachahmung, die Fascination und einige Erscheinungen des sogenannten Occultismus. In einem Anhange erfahren wir endlich, dass *Liébeault* auf Grund eigener Versuche von der Wirklichkeit „geistiger Suggestion" oder Gedankenübertragung (Telepathie) überzeugt ist.

Max Dessoir.

S. A. K. Strahan, Instinctive Criminality. London, 1891, 30 S.

St. bespricht in knapper Weise, ohne sich auf atavistische Theorien u. dergl. einzulassen, den geborenen Verbrecher. Er versteht unter „inst. criminals" nicht die Verbrecher aus Leidenschaft, Armuth, Versuchung oder selbst durch Beispiel und Erziehung allein, sondern nur die, welche durch Instinct oder Natur getrieben antisociale Wege wandeln (etwa $^1/_3$ aller Verbrecher), ferner viele Prostituirte und Gewohnheitstrinker, die im Sinne des Gesetzes keine Verbrecher sind.

Diese inst. criminals sind mehr weniger körperlich und geistig degenerirt, fast alle mehr weniger schwachsinnig, und ein unverhältnissmässig grosser Theil wird geisteskrank oder endet durch Selbstmord oder Phthise. Sie stammen grossentheils von trunksüchtigen, geisteskranken, epileptischen, scrophulösen oder zu jungen resp. zu alten Eltern. Strafe nützt nichts, weder als Besserungs- noch als Abschreckungsmittel, so wenig wie die Kette den Maniacus bessert. Besser wäre es, wenn der Richter befugt wäre, Verbrecher nach 3 maligem Rückfall in ein Besserungshaus auf unbestimmte Zeit zu verweisen, wo unter ärztlicher Leitung durch Arbeit, hygienische und moralische Einwirkung eine Abschwächung des Naturtriebes, eine Aenderung der fehlerhaften Organisation angestrebt würde. Beurlaubung resp. Entlassung würde nur erfolgen, wenn die antisocialen Instincte genügend abgestumpft erschienen. Dies Verfahren wäre rationeller und — von den ersten Einrichtungen abgesehen — wahrscheinlich billiger als die heutige Art der Bestrafung.

Die kurze Schrift ist äusserst klar und mit reichlichem beweisenden Zahlenmaterial versehen. Aus letzterem sei nur folgendes angeführt: 1890 wurden in England von 10000 Einwohnern $5^1/_2$ geisteskrank und befanden sich ca. 30 in Irrenanstalten (unter diesen 30 natürlich auch

Digitized by Google

verbrecherische Irre); dagegen wurden von 10000 Gefängnissinsassen 218 geisteskrank oder als geisteskrank erkannt. In der Gesammtbevölkerung kam 1 Selbstmord auf 239 Todesfälle, in den Gefängnissen trotz aller Vorsichtsmaassregeln 1 auf 10. *Hans L.*

***Th. Kirchhoff*, Grundriss einer Geschichte der deutschen Irrenpflege. Berlin, Hirschwald, 1890. 192 S.**

Dies Buch zeichnet sich vor anderen gleichen Zweckes aus. Die Aufgabe, welche sich der Verf. stellte, ist eine schwierige, weil sich die Irrenpflege in den verschiedenen Staaten Deutschlands verschieden entwickelt hat. Während letztere in einigen derselben erfreuliche Resultate bietet, lag sie in anderen noch gänzlich brach, und in verhältnissmässig kurzer Zeit hat sie im gegenwärtigen Jahrhunderte neue Bahnen eingeschlagen, während die wissenschaftliche Forschung ihr neue Hülfsquellen zuführte.

Die Vorzüge des Buches prägen sich hauptsächlich in der Erschliessung neuer Quellen und in dem Streben aus, die einzelnen hervorragenden Persönlichkeiten gerecht zu beurtheilen.

Verf. hat seinen Stoff eingetheilt in 1) die deutsche Irrenpflege im Mittelalter, 2) die Beziehungen des Dämonen- und Hexenwesens zur deutschen Irrenpflege, und 3) die deutsche Irrenpflege der Neuzeit, wobei er aus den ihm zugänglichen Archiven der einzelnen Städte und Staaten interessante Culturbilder, theilweise mit Belägen, vorführt. Indem er seine Aufsätze in Bd. 43 u. 44 dieser Zeitschrift zusammenfasste, sie mit neuen Angaben erweiterte und das Ganze zu einem grösseren Bilde vereinte, hat er alles Phrasenhafte vermieden, was bisher nicht selten die geschichtlichen Mittheilungen aus unserer Disciplin trübte. —

Es ist erfreulich, dass die Neigung, der historischen Seite des ärztlichen Berufes gerecht zu werden, immer mehr zunimmt und dadurch das Verständniss für die anderen Seiten desselben erweitert wird. Auch das vorliegende Buch wird anregen, historische Schätze in noch nicht erwähnten Orten zu heben, und dadurch Anlass geben, sie später zu einem Gesammtbilde zu vereinigen. Verf. berechtigt zu der Hoffnung, dass dies Buch nicht blos im Grundriss bleibt, sondern in erweiterter Form uns wieder vor die Augen tritt. *L.*

Dr. *V. Holst* (Riga), Die Behandlung der Hysterie, der Neurasthenie und ähnlicher allgemeiner functioneller Neurosen. 3. umgearb. Aufl. Stuttgart, Enke, 1891. 98 S.

Die vorliegende 3. Aufl. hat wesentliche Vorzüge vor der vor 8 Jahren erschienenen zweiten. Sie ist daher auch kein Wagniss, wie Verf. in bescheidener Weise befürchtet. Der grosse Vorzug der jetzigen liegt darin

Digitized by Google

dass Verf. nunmehr seit 7 Jahren einer eigenen Heilanstalt für Nervenkranke vorsteht und durch die Anstaltsbehandluug die functionellen Nervenkrankheiten specieller beobachtet und sicherer behandelt hat. Man hat überdies den Eindruck, dass, indem er die Aufnahmen der sogenannten Geisteskranken ablehnt, er dies Princip nicht blos hinstellt, sondern auch festhält, was bekanntlich nicht immer der Fall ist. Dazu kommt noch, dass inzwischen der Hypnotismus in die Tagesordnung eingetreten ist und der Verf. darüber auf eigene Erfahrung gestützt ein selbständiges Urtheil abgiebt.

Der Zweck des Buches ist, allgemeine Principien bei der Behandlung der allgemeinen functionellen Neurosen zusammenfassend zu besprechen. Verf. bemüht sich, den Begriff der beiden Hauptrepräsentanten, der Hysterie und Neurasthenie, klar zu machen, und meiner Meinung nach gelingt ihm dies. Auf die Allgemeinbehandlung sei hauptsächlich Werth zu legen, daher die psychische Behandlung im weitesten Sinne des Wortes zu betonen sei. Der Prophylaxis, bei welcher Schule und Erziehung besonders mitwirken, lässt Verf. die psychische Behandlung folgen, deren Bedeutung zu dem Satze drängt, dass solche Kranke mit Erfolg nur in speciellen Heilanstalten für Nervenkranke behandelt werden können. Dieser Satz wird in ausführlicher Weise begründet und die Grenze aus den Symptomen festgestellt, welche die Aufnahme erfordern.

Der Suggestionstherapie wird ein besonderes Capitel gewidmet, worin Verf. in maassvoller Weise auf deren Vorzüge nach eigener Erfahrung aufmerksam macht, durch welche der Arzt ohne Schaden in gewissen Fällen einzelne Symptome der Neurosen sehr günstig beeinflussen kann. Ferner wird der Werth der Diätetik hervorgehoben, die gynäkologische Behandlung nach der nützlichen und schädlichen Seite hin und einzelne besondere Methoden äusserer Behandlung besprochen. Dahin gehört Mastcur, Massage, Gymnastik, die *Charcot*'schen Points de feu gegen Spinalirritation, Hydrotherapie, Balneotherapie, Elektrotherapie, welche bei zweckmässiger Benutzung, namentlich in der Form der allgemeinen Faradisation, guten Erfolg verspricht. Für die Benutzung der elektrischen Bäder, deren Nutzen Verf. anerkennt, giebt er betreffs der Technik nähere Anweisung. Weitere Erfahrungen müssen den Erfolg bestätigen. Ebenso fordert Verf. auf, die Franklinisation als ein vorzügliches Mittel zu benutzen. Ungerne bespricht er die arzneiliche Behandlung, führt aber der Vollständigkeit wegen die hauptsächlichsten zu symptomatischen Zwecken verwandten pharmaceutischen Hülfsmittel an.

Die Schrift ist klar geschrieben, beurtheilt besonnen die Heilmittel und wird den Leser nicht blos belehren, sondern auch zu neuen Versuchen anregen. Auch Laien würden daraus Nutzen schöpfen können. Mögen noch mehr ähnliche Anstalten den Arzneischatz vermehren und dadurch beitragen, der steten Ueberfüllung der Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke zu begegnen! *L.*

Digitized by Google

Kleinere Mittheilungen.

Der dritte internationale criminelle Anthropologen-Congress zu Brüssel, vom 7—14. August 1892.

Referat von Dr. *P. Näcke*-Hubertusburg.

Zum 3. Male fand die Vereinigung von Anthropologen und Juristen statt und mit Freuden ist wahrzunehmen, dass der Congress schöne Früchte gezeitigt und gegenüber den Versammlungen zu Rom (1886) und Paris (1889) bedeutende Fortschritte gemacht, sich nicht in unfruchtbare Untersuchungen verloren hat, sondern im Ganzen stets praktische Ziele im Auge behielt. Sehr richtig bezeichnete daher ein Redner die Anwendung der criminellen Anthropologie als die Signatur dieses 3. Congresses, während der 1. fast nur reine criminelle Anthropologie behandelte, der 2. das Verdienst hatte, die Sociologie mit in den Kreis der Besprechungen zu ziehen.

Die Juristen waren diesmal sehr zahlreich vertreten, im Gegensatz zu früher, alle von der Nothwendigkeit durchdrungen, gewisse Reformen in der Justiz zu befürworten und in allen wesentlichen Punkten mit den Aerzten übereinstimmend. So war denn ein einmüthiges Arbeiten ermöglicht und keine Disharmonie störte die Verhandlungen.

Die Wichtigkeit, welche denselben beigemessen wurde, zeigte sich darin, dass die meisten Regierungen, selbst ganz ferne, durch eigene Abgesandte vertreten waren; Deutschland hatte dagegen auch nicht einen officiellen Vertreter gesandt! Der Justizminister Lejeune, Ehrenpräsident des Congresses, wohnte fast sämmtlichen Sitzungen bei und documentirte dadurch am besten, wie lebhaft sich der belgische Staat für die discutirten Fragen interessirte.

Bedauerlich, aber erklärlich zugleich, war es, dass die italienische Schule mit *Lombroso* an der Spitze, gänzlich fehlte. Schon auf dem Pariser Congresse war ihr „prestige“ im Verbleichen begriffen, und jetzt sollte sie vollends als historische Reliquie behandelt werden! Aber wiederholt, sowohl seitens der Mediciner, als auch der Juristen, ward *Lombroso*'s unsterbliches Verdienst um die criminelle Anthropologie und alle Fragen, die

Digitized by Google

daran anknüpfen, mit Recht hervorgehoben und er als der geistige Vater auch dieses 3. Congresses bezeichnet.

Die Theilnehmer-Liste war eine überreiche; leider waren Viele zu kommen verhindert, trotzdem aber waren glänzende Namen genug in der Versammlung vertreten. Am zahlreichsten waren natürlich die Belgier zugegen. Der Präsident Dr. *Sémal*, sowie das ganze Bureau walteten vortrefflich ihres schwierigen Amtes, und in den Proff. *Houzé*, *Heger*, *Thiry*, *Prins* etc. lernte man gute Redner und tüchtige Gelehrte kennen. Recht zahlreich waren die Franzosen da: hier sind besonders *Magnan*, *Magitot*, *Motet*, *Legrain*, *Lacassagne*, *Voisin*, *Manouvrier*, *Garnier*, *Ladame* etc., sowie der berühmte Criminalist *Tarde* zu nennen. Auch zahlreiche Russen repräsentirten in würdigster Weise ihr Vaterland, so der muthige und gelehrte *Dimitri Drill*, *Dekterew*, Prof. *Mierzejewski*, Frau *Pauline Tarnowski*, Dr. med., etc. Glänzend war Holland vertreten, besonders durch *van Hamel* (Jurist); England, Amerika und Deutschland hatten dagegen nur wenige Mitglieder gesandt. Deutsche waren nur 6 da, 3 Mediciner (Prof. *Benedikt*, *Mendel* und Referent) und 3 Juristen (darunter Prof. *von Liszt*-Halle). Hervorheben will ich endlich, dass einige fremde Damen und verschiedene Geistliche den Sitzungen fleissig beiwohnten, trotz der oft heiklen Besprechungen.

Als die allgemein anerkannten Hauptmatadore („clous" im Französischen) des Congresses ist die Trias zu bezeichnen: *Benedikt*, *Tarde* und *van Hamel*.

Dass bei den vielen Reden und Discussionen — nur französisch ward gesprochen — nicht immer lautres Gold zum Vorschein kam, darf nicht Wunder nehmen; sehr viel Oberflächliches und Falsches, viele Tiraden und Phrasen wurden vorgebracht, doch auch manche bedeutende Reden und Gedanken.

Vorträge, über welche discutirt werden sollte, waren schon vorher, als „Rapports" gedruckt, den Mitgliedern zugesandt worden, während bei den Vorträgen selbst im Congresse, den sogenannten „Communications", welche gewöhnlich Nachmittags stattfanden, eine Discussion ausgeschlossen war.

Im Nachfolgenden soll versucht werden, die Hauptmomente der Verhandlungen zu fixiren. — Als Hauptergebnisse dieses 3. Congresses sind folgende zu bezeichnen:

1. Der Begriff des „deliquente nato" des „gebornen Verbrechers" (*Lombroso's*) ist ganz fallen gelassen worden;

2. Allgemein war man sich darüber einig, dass bei der Erzeugung von Verbrechen neben dem individuellen Factor der sociale durchaus nöthig ist, ja die Hauptsache darstellt;

3. Allgemein fast ward von den Juristen das Verlangen geltend gemacht, nicht mehr blos die That als solche ins Auge zu fassen, sondern vor Allem den Thäter, also durchaus anthropologisch und sociologisch zu verfahren;

Digitized by Google

4. Fast ausnahmslos ward die Reformbedürftigkeit unsres heutigen Strafrechtes betont; die Meisten sprachen sich für Einführung der „unbestimmten Strafe", der „détention indéterminée oder indéfinie", aus.

Gehen wir jetzt auf Einzelnes über, so wollen wir zunächst den medicinischen Theil der Verhandlungen betrachten.

Mehrere „Rapports" betrafen die Lehre der „Obsession" d. h. Zwangsgedanken, Zwangshandlungen. Lichtvoll waren die Darstellungen *Magnan's* und *Ladame's*. Ersterer besprach der Reihe nach, wie er es schon früher in seinen Schriften gethan, die „obsession et impulsion morbides à l'homicide", die „obsession morbide du vol" (Kleptomanie, Kleptophobie), die „obsession morbide du feu" (Pyromanie, Pyrophobie), endlich die „obsessions morbides sexuelles", überall an der Hand interessanter Krankengeschichten. *Ladame* behandelte speciell die „obsession du meurtre" im Sinne *Magnan's*. Sie bildet nach ihm ein „syndrome épisodique" (*Magnan*) der „dégénérescence mentale" und kann entweder theoretisch bleiben oder zu wirklichen Mordthaten führen; am häufigsten tritt sie als moralische Epidemie nach erschütternden Verbrechen und Hinrichtungen auf. *Garnier* schloss sich im Ganzen den Ausführungen *Ladame's* an, meinte aber, dass, wenn die Mordmanie epidemisch aufträte, es sich mehr um einen „état vertigineux" handle; es sei die Furcht, einen Mord auszuüben, der die Degenerirten dazu antreibe, nicht Nachahmung oder moralische Infection. *Benedikt* glaubte, es seien viele „Obsessionisten" in den Gefängnissen, die aber nicht erkannt würden, auch bei den Gewohnheitsverbrechern. Verschiedene Andre waren gleichfalls dieser Ansicht, die Referent aber entschieden bestritt.

Zunächst ist der Ausdruck „obsession" ein noch zu vager; z. Z. ist es ein grosser Topf, in den alles Mögliche hineingeworfen wird. Auch mit dem Worte „dégénérescence" und „hérédité" wird meiner Ansicht nach viel Unfug getrieben, da die Grenzen der Degenerescenz nirgends feststehen, dem Subjectivismus hier Thür und Fenster offen steht und wir auch von der Erblichkeit noch sehr wenig Sichres wissen. Echte „obsessions" d. h. echte Zwangsgedanken und Zwangshandlungen im *Westphal'schen* Sinne sind jedenfalls ziemlich selten und auch von deutschen Gefängnissärzten, soweit ich sehen kann, nicht speciell bei den Insassen der Strafanstalten hervorgehoben, am wenigsten aber als zahlreich bezeichnet worden. Gehen wir ferner die Krankengeschichten *Magnan's* etc. durch, so werden wir dieselben vielfach als Fälle periodischer Melancholie und nicht als echte obsessions bezeichnen. Dann glaube ich auch — und ich machte dies gleichfalls geltend —, dass die Diagnose in concreto doch recht schwer fallen könnte, dass ferner auch echte obsessions nicht unbedingt nur bei Degenerirten vorkommen. Alle Welt schien aber den *Magnan'schen* Ansichten und seinen einfachen, in die Augen stechenden Schematas zu huldigen.

Frau *Tarnowski* sprach über die Sinnesorgane bei Verbrecherinnen.

Digitized by Google

und hatte damit Normale und Huren verglichen. Die minutiösen Untersuchungen dieser ebenso gelehrten als bescheidenen Dame mit Perimeter, Hautprüfungsinstrumenten etc. ergaben, dass im Allgemeinen die Sinne bei Verbrecherinnen und Huren etwas herabgesetzt sind, ganz im Sinne *Lombroso*'s. Referent wandte dagegen nur ein, dass bei diesen heiklen Recherchen, die selbst bei einer und derselben Person, oft an demselben Tage, durch alle möglichen Umstände bedingt, verschieden ausfallen können, kleine Zahlenunterschiede völlig belanglos sind.

Jelgersma-Meerenberg sah mit Recht die physischen und moralischen Charaktere des „criminel-né" als pathologische Produkte an; für ihn ist der „geborne Verbrecher" gleich dem moralisch Irrsinnigen und hat mit Atavismus und Epilepsie nichts gemein. Weil er ein pathologisches Produkt ist, so muss er auch mehr Degenerationszeichen haben, die daher wichtig sind; immer giebt es aber Uebergänge zum Gewohnheitsverbrecher und sicher moleculare Gehirnveränderungen beim Verbrecher.

Leider hat aber *Jelgersma* in seiner gedankenreichen Abhandlung nicht gesagt, ob dieser „geborne Verbrecher" häufig ist oder nicht. Ich halte mit Vielen den höhern Grad moralischen Irrsins, dessen Träger man meinetwegen als „gebornen Verbrecher" bezeichnen kann, für sehr selten und die wenigsten Verbrecher gehören hierher. Ferner giebt es sicher solche „criminels-nés" ohne oder nur mit geringen Degenerationszeichen.

Sehr energisch und glücklich sprach sich gegen das Vorhandensein eines „criminel anatomiquement déterminé" *Houzé* aus; er will den Begriff des „gebornen Verbrechers" ganz ausgemerzt wissen, womit die Meisten wohl einverstanden sind. Nach ihm ist *Lombroso*'s Verbrechertypus ein Unding, ein „harlequin", aus Anatomie, Physiologie und Teratologie combinirt.

Zu ähnlichen Resultaten kam auch Referent in einer vergleichenden Studie über die Veranlagungszeichen bei normalen, irren Frauen und irren Verbrecherinnen; er hob namentlich hervor, dass dieselben schon bei den Normalen nur in 3 pCt. der Fälle fehlten, dass dieselben bei den Andern zwar häufiger auftreten, der Zahlenunterschied aber nur ein relativ geringer sei, deshalb ihnen nur wenig Werth beizulegen sei, und einen Verbrechertypus im *Lombroso*'schen Sinne gäbe es nicht. Auch wollte er unter dem durchaus vagen Ausdrucke „Degenerationszeichen" blos echte Atavismen, die sehr selten sind, und gewisse Hemmungsbildungen verstanden wissen.

Benedikt verwarf gleichfalls den specifischen Verbrechertypus, verfiel aber wunderbarer Weise in Lombrosianismus, indem er verschiedene Verbrechertypen constatirt und charakteristische, biologische Unterschiede bei Räubern, Pferdedieben, pickpockets, Complottanen, Falschmünzern etc. hervorhob, was bei uns schwerlich viel Anklang finden wird.

Rühmlich sei auch des Criminalisten Prof. *Thiry*-Lüttich gedacht, der mit einem Arzte gemeinsame anthropologische Untersuchungen vorgenommen hatte und in seinen Resultaten die italienische Schule bekämpfte.

Digitized by Google

Einen geistreichen, kritischen Rapport über vergleichende Studien an Verbrechern und Normalen lieferte der ausgezeichnete Pariser Anthropolog, Prof. *Manouvrier*, der in dem Verbrechen nur einen sociologischen, nicht anthropologischen Begriff sieht.

Ein junger Italiener, *Carlo Gaudenzi* aus Turin, den schon vor 10 Jahren, als er noch Student war, die grösste Autorität auf craniologischem Gebiete, *Benedikt*, als einen im Aufgehen begriffenen glänzenden Stern am wissenschaftlichen Firmamente bezeichnet hatte, demonstrirte einen genial ausgedachten Apparat, um schnell und genau Schädelmaasse zeichnen zu lassen, den er „Tachycraniograph" nannte, der aber leider circa 600 Franks kostet.

Motet-Paris besprach die Verbrechermotive des Kindes und des „adolescent". Er unterschied: 1) „délinquents d'aventure" (mit leichten Charakterfehlern oder Egoisten, Neigung zu Emancipation und Vagabondage); 2) „délinquents instinctifs" (kennen keine Schande und Reue, sind Häuptlinge von Banden, machen auch brutale Angriffe auf Erwachsene; der sociale Factor hier meist Ursache); 3) die „débiles intellectuels" (mehr psychopathisch, meist schwachsinnig, Viele mit „obsessions"). Leidenschaftsverbrechen kommen bei Kindern vor der Pubertät nicht vor.

Das gleiche Thema behandelte *Leyrain*-Ville-Évrard.

Lacassagne-Lyon sprach über die „sentiments primordiaux des criminels" und theilte die Verbrecher ein in „frontaux, pariétaux und occipitaux"; wichtig besonders erscheint ihm das Hinterhaupt, weil es mit den Gefühlen und der Moral zusammenhänge, und die socialen Ursachen bezögen sich auf diese Hinterhauptcentren. Gegen diese Aufwärmung phrenologischen Unsinns trat Referent energisch auf, was ihm allerdings im „Temps" die Notiz einer „attaque brutale contre la Science française" einbrachte.

Interessant waren die Ansichten über Suggestion als mögliche Quelle von Verbrechen. Während *Voisin*, *Berillon* und Andere dafür eintraten, bekämpfte *Benedikt* (auch *Motet*) dies lebhaft und meinte, es sei ihm noch nicht ein einziger, absolut sicher constatirter Fall von suggerirtem Verbrechen bekannt. Ueber die suggestive Therapie äusserten sich die Meisten entzückt, besonders *Voisin* und *Berillon;* Letzterer sah nie davon Schaden. Die Mittheilungen waren aber meist sehr schwach und anfechtbar, kritiklos, trotz Suade der Rede. *Mendel* berichtete, dass er nie Heilung, sondern nur Beseitigung gewisser hysterischer Symptome sah, und er hielt die Hypnose und Suggestion für eine abgethane Sache, wie Vieles zuvor. Ich glaube, die Meisten in Deutschland werden ihm hierin Recht geben. Er glaubte auch nicht, dass man Gesunde zu Suggestions-Verbrechen bringen könne, wie Schwachsinnige.

Auch *Benedikt*, der überhaupt in der ganzen Frage sich als der kritischste Kopf zeigte, ist nur bedingter Anhänger der Heilresultate, und rief aus: „Wo sind die geheilten Alkoholiker und Morphinisten?" Von meh-

Digitized by Google

reren Seiten ward mit Recht die Frage von Suggestion und Verbrechen als zur Zeit noch nicht spruchreif bezeichnet.

Mehrere „Rapports" beschäftigten sich weiter mit der Umkehrung des Geschlechtstriebs und der Gesetzgebung, so *de Rode*-Löwen, der die Päderastie auf erbliche, neuropathische Disposition einerseits, andererseits auf schlechte Erziehung schiebt. Es sind kranke Menschen, die nicht bestraft werden sollen. In der That wird das Laster in Frankreich, Belgien, ausser in ganz bestimmten Fällen, nicht geahndet. Echte Päderasten sind unheilbar, unverbesserlich. *Hubert*-Löwen will diese unschädlich gemacht wissen, die Lasterhaften dagegen bestraft.

Garnier-Paris lenkte von neuem die Aufmerksamkeit auf die unschuldig Verurtheilten und Bestraften; circa 40 pCt. darunter waren Paralytiker gewesen.

Hier müsste eine Besserung eintreten. Es sei schon gut, dass in Belgien eine medicinische Untersuchung des Geisteszustandes in den Gefängnissen stattfinde. Besser sei es aber, schon die Angeklagten darauf hin zu prüfen. Der belgische Generalarzt setzte auseinander, dass jeder Soldat vor seiner Verurtheilung psychisch untersucht würde.

Bezüglich der juridischen Seite des Gegenstandes können wir uns kürzer fassen. — Noch standen unter den Juristen 2 Parteien einander gegenüber: die sogenannte klassische Schule und die Positivisten oder anthropologische Schule, die zwar von *Lombroso* ausgeht, aber seine Forderungen meist nicht unterschreibt. Die Meisten neigten sich entschieden dieser neuen Richtung, welche die Einführung aller anthropologischen, bio- und sociologischen Thatsachen in das Jus und ihre Verwerthung durch den Richter fordert, und die neben dem Thatbestand vor Allem den Thäter genauer prüft. Man suchte überall eine Einigung zwischen der alten, klassischen Schule — die metaphysische ist gänzlich über Bord geworfen —, welche nur die That in Betracht zieht, und der neuen positivistischen, oder anthropologischen, zu erzielen, was auch so ziemlich gelang, eine Einigung, die in Italien unter dem Namen der „terza scuola" einen Ausdruck gefunden hat, eine Schule, die den „type criminel" gänzlich verwirft und die socialen Factoren besonders in den Vordergrund stellt, daher sich lieber „sociologische" als „anthropologische" Schule nennen will. Dieser anthropologisch-sociologischen Richtung gehören mehr weniger die bedeutendsten Criminalisten Frankreichs, Belgiens, Hollands an, und in Deutschland ist sie glänzend durch *v. Liszt*-Halle vertreten. *Benedikt* will nichts von verschiedenen Schulen wissen; er kennt nur eine, das ist die wissenschaftliche, die mit allen wissenschaftlichen Mitteln arbeitet und die metaphysischen Begriffe bei Seite lässt.

Alle ohne Ausnahme, Aerzte und Juristen, betonten die Wichtigkeit des „milieu social" auf Erzeugung von Verbrechen, ja das ist sicher die Hauptsache, obgleich der individuelle Factor nicht vernachlässigt werden darf.

Digitized by Google

Alle fühlten ferner die Reformbedürftigkeit unseres heutigen Strafrechts; die Meisten sprachen sich für die „détention indéterminée oder indéfinie“ aus.

Prins-Brüssel sieht in der „décentralisation de la justice“ das wahre Heil, da so allein der Richter in Contact mit dem lebenden Individuum kommt und ihn am besten kennen lernt. Es soll die „individuelle Theorie“ herrschen, nicht die „théorie de l'intimidation“, die mit Recht von den Meisten verworfen wurde.

Sehr richtig bemerkt der geistreiche *van Hamel*-Amsterdam, dass, wie Alles in der Fortentwickelung begriffen sei, so auch das Recht; die Ideen der Justiz selbst seien nur Hypothesen; gefährlich sei es, den Hass als Motiv einzuführen; dieser wie alle unsere Gefühle müssten sich reformiren, es sind Alles anthropologische Begriffe. Glorreich sei die Idee der „défense sociale“. Die Juristen sollten mit den Aerzten sich vereinigen; Erstere hätten noch viel von Letzteren zu lernen, besonders — à douter!

Mehrere Abhandlungen betrafen die Unverbesserlichen, doch zeigte Definition und Eintheilung derselben noch keine Einigung, ebenso wenig wie die vorgebrachten Vorschläge der Behandlung derselben; überall ward aber das Bestreben nach Individualisirung kund gegeben.

Auch die Frage der „prisons-asiles“, ein Zwischending zwischen Gefängniss und Irrenhaus, ward ventilirt. *De Baeck*-Brüssel denkt sich dieselben nach dem Muster von Broadmoor, und will darin 1) die gefährlichen oder verbrecherischen Irren, 2) die irren Verbrecher und 3) die „prévenus aliénés“ untergebracht wissen.

Van Ryckere-Brügge spricht sich warm für die Einführung des „signalement anthropométrique“ von *Bertillon* aus, welches bereits in Frankreich, Russland, Tunis, Nordamerika und Argentinien eingeführt, in Belgien projectirt ist und schon in England besprochen ward. *Ladame* hat davon in Genf schöne Erfolge gesehen. (Mündliche Mittheilung.) Wir werden uns wohl auch dazu endlich verstehen müssen, da nur in der „Internationalisirung“ des Verfahrens ein wirklicher Fortschritt begründet ist. Ein darauf bezüglicher Wunsch ward auch dem Congresse unterbreitet.

Wie sehr die Juristen der neuen Richtung ergeben sind, geht aus einem Fragebogen hervor, den der „cercle d'études du jeune barreau de Bruxelles“ vertheilen liess, in dem eine genaue Anamnese und anthropologisch-sociologische Untersuchung des Beschuldigten seitens des Richters verlangt und näher specificirt wird. Auch unter den „voeux soumis au vote du Congrès“ figurirt die Einführung der „juridischen Anthropologie“ speciell für Mediciner und Juristen an der Universität. Eine Strömung machte sich nämlich gegen den Ausdruck: „kriminelle Anthropologie“ geltend und der Advokat *Tripels* schlug vor, den 4. Congress, der 1896 zu Genf tagen soll, in dem unter Anderm auch die Abgrenzung der Thätigkeit des Richters und Arztes in correctionellen und criminellen

Digitized by Google

Dingen verhandelt werden soll, Congress für juridische Anthropologie (anthropologie pénale) zu nennen.

Schon das kurz Skizzirte wird genügen die Bedeutung des stattgefundenen 3. Congresses zu erkennen und der Hoffnung Ausdruck zu geben, dass auf dem folgenden sich verschiedene wichtige Fragen noch weiter aufklären werden, und endlich immer mehr die Ueberzeugung Platz greifen möge, dass eine Aenderung unseres Strafverfahrens in dem neuen Curse der anthropologisch-sociologischen Schule nicht zu umgehen ist. Mögen zu demselben die deutschen Regierungen endlich officielle Vertreter entsenden und so ihr Interesse am Fortschritte des Rechtsbewusstseins und Rechtsverfahrens bekunden. Möge endlich der 5. Congress auf deutschem Boden stattfinden!

Vergrösserung des Gebietes der steierm. Landes-Irrenanstalt Feldhof. — Eröffnung der steierm. Landes-Irren-Siechenanstalt Schwanberg.

Nachdem in den Jahren 1885 und 1886 in Feldhof zwei grosse Flügel für Unruhige mit 40 Zellen und zwei Pavillons mit einem Kostenaufwande von ungefähr 84000 fl. erbaut und bezogen worden waren, die Ueberfüllung Feldhofs jedoch noch immer zunahm, wurde das Landes-Siechenhaus Hartberg mit 80 Pfleglingen, Männer und Frauen (1887) ebenfalls als Filiale der Centralanstalt Feldhofs belegt.

Durch die Erbauung der zwei Tobtraktflügel und die Errichtung zweier entsprechender Gärten für diese neuen Abtheilungen wurde das Gebiet der Anstalt bedeutend verkleinert und deshalb im Jahre 1890 ein an das Anstaltsgebiet stossender Grundcomplex (Wirth'sche Realität) von 25 Hectaren angekauft, so dass jetzt für möglichst entsprechende freie Behandlung und Beschäftigung der ackerbautreibenden geisteskranken Bevölkerung der Anstalt hinreichend grosse Grundflächen vorhanden sind.

Die kleine Meierei im neuen Gebietstheile mit 20 Stück Hornvieh und grossem Geflügelhofe wird völlig ausschliesslich von Pfleglingen Feldhofs bewirthschaftet.

Gegen die beständig zunehmende Ueberfüllung Feldhofs wurde schon im Jahre 1886 der Behörde der Vorschlag gemacht, ein Irrensiechenhaus um den Kostenvoranschlag von 200000 bis 300000 fl. zu errichten. Dieser Vorschlag wurde leider abgelehnt.

Im Jahre 1890 entschloss sich jedoch der Landesausschuss — der tägliche Verpflegungsstand Feldhofs war bei einem Belagraum von 400 Plätzen auf 680 Pfleglinge gestiegen — das fürstlich Liechtenstein'sche Schloss Schwanberg um 50000 fl. anzukaufen und für 200 Pfleglinge — Irrensieche — zu adaptiren, kurz, die erste Irrensiechenanstalt in Steiermark zu errichten.

Digitized by Google

Das neue Irrensiechenhaus Schwanberg hat ein Areal von ca. 28 Hektaren Grundfläche, wohl meist Wald, jedoch auch Wiesen, Garten und Weinberggrund, genügend gross um einen kleineren Theil der Pfleglinge zu beschäftigen. Es ist durch eine doppelte Wasserleitung mit Nutz- und Trinkwasser hinreichend versehen. Die Beheizung der Anstalt erfolgt durch Niederdruck-Dampfheizung (System Kurz-Ritschel & Henneberg in Wien) und bewährt sich selbe vorzüglich. Die Ventilirung der einzelnen Räume wurde so eingerichtet, dass per Kopf und Stunde 20 cbm frische vorgewärmte Luft eingeführt werden kann.

Das entsprechend adaptirte alte Schloss bietet Raum für 160 Pfleglinge, 80 Männer erster Stock, 80 Frauen zweiter Stock und zwar für jeden Pflegling 20 bis 25 cbm Luftraum; ebenerdig sind die nöthigen Administrationsräume, die Küche und die Kapelle untergebracht. —

In jedem Stockwerke befinden sich zwei Tobzellen und ein Baderaum mit drei Wannen.

Die offenen Arkaden-Corridore des alten Schlosses wurden in beiden Stockwerken mit starken, gleichzeitig sehr gefälligen Drahtnetzen, die Stiegen mit eisernen Gitterthüren abgeschlossen.

Hinter dem Schlosse gegen Südosten ist ein entsprechend durch Mauern abgegrenzter Garten für die Pfleglinge; nach Südwesten schliessen sich Gemüsegärten für die Eigenregie der Anstalt an.

In unmittelbarer Nähe des Schlosses liegt das Waschhaus ebenerdig, über demselben im 1. Stocke die Wohnung von ca. 40 Pfleglingen, die meist im Waschhause beschäftigt werden sollen; ebenso nahe der Centralanstalt, dem alten Schlosse, in einem eigenen Hause, befinden sich die Wohnungen des Verwalters und Primararztes, die einander in ihrem Dienste coordinirt sind.

Die Wartung und Pflege der Irrensiechen wie die Führung der Eigenregie liegt in den bewährten Händen von barmherzigen Schwestern — wie in sämmtlichen Humanitätsanstalten Steiermarks — neben dem übrigen entsprechenden Dienst- und Wartpersonale.

Die Kost der Pfleglinge Schwanbergs soll eine einfache, jedoch vollkommen ausreichende, gleich der in den Landes-Siechenhäusern, werden, und wurde von Seite des Landes die Verpflegungstaxe für die Irren-Siechenanstalt mit 45 kr. ö. W. per Kopf und Tag festgesetzt.

Die Adaptirungsarbeiten des Schlosses Schwanberg waren nach kaum 5monatlicher Arbeit Anfangs Februar d. J. beendet, und wurde die Irren-Siechenanstalt am 20. Februar bezogen.

An der Adaptirung der Nebengebäude, Wäscherei und Wohnhaus der Beamten, wird jetzt noch gearbeitet, und sollen dieselben im heurigen Herbste fertiggestellt sein.

Die Landes-Irrenanstalt Feldhof hat nun schon 150 Pfleglinge nach Schwanberg abgegeben, und ist die Ueberfüllung in der Centralanstalt etwas weniger drückend, nichtsdestoweniger dürfte, den statistischen Aus-

Digitized by Google

weisen nach, das Land Steiermark doch in einigen Jahren eine zweite Landes-Irrenanstalt zu erbauen gezwungen sein.

Director Dr. *F. Schlangenhausen.*

Aus Westpreussen. — Dem letzten Landtage wurde als Vorlage vorgelegt: 1) eine neue Irrenanstalt für 1000 Kranke; 2) eine Anstalt für 400 Epileptische. Eine Erweiterung von Neustadt war nicht empfohlen, weil Wirthschafts- und Centralgebäude ursprünglich zu klein angelegt waren und nicht erweiterungsfähig sind. Wenn eine Erweiterung beschlossen würde, könnten circa 500 Kranke noch aufgenommen werden. Mit dem Gelde dafür könnten aber 1000 Kranke in einer neuen Anstalt Unterbringung finden. Der Landtag hat hierauf den Beschluss auf ein Jahr vertagt und bestimmt, dass Concurrenzprojecte ausgearbeitet werden. Es ist der Wunsch ausgesprochen, möglichst alle irgend Ungefährliche, so wie die Pensionäre zu entlassen und durch die Ortsbehörden zu ermitteln, wie viele noch der Aufnahme bedürfen.

Aus Ostpreussen. — Der Provinzial-Landtag wird sich erst im April k. Js. mit der Ausführung des Gesetzes, betreffend die ausserordentliche Armenpflege beschäftigen. Doch ist die Ein- und Durchführung des Gesetzes zum 1. April 1893 dennoch gesichert. Für die Geisteskranken ist ausreichend Raum in Allenberg und Kortau, jeder frische Fall kann umgehend zur Aufnahme kommen. Für die Epileptiker steht Carlshof bei Rastenburg zur Verfügung, worin schon jetzt 80 Provinzialfreistellen sich befinden. Die nicht bildungsfähigen Idioten — nur um die Fürsorge dieser Kategorie handelt es sich nach dem Gesetze — werden in der Idiotenanstalt daselbst untergebracht. Blinde und Taubstumme werden in der Pfleglings-Abtheilung der Besserungsanstalt zu Tapiau Aufnahme finden.

Provinz Posen. — Die Provinzialstände haben beschlossen, die Corrigendenanstalt Kosten, worin schon jetzt eine kleine Station für Epileptiker ist, zur Provinzialanstalt für Epileptiker und Idioten umzubauen. Von den bisherigen Insassen — Corrigenden und Landarmen — sollen die männlichen Corrigenden nach Bojanowo in eine alte Kaserne kommen, welche gekauft ist; die weiblichen nach Fraustadt in ein altes Kloster und die Landarmen nach Schrimm. Etwa 1000 Corrigenden und Landarme sind in Kosten untergebracht gewesen; man hofft dort circa 500—600 Epileptiker und Idioten unterbringen zu können.

Digitized by Google

Provinzial-Idioten-Anstalt in Kiel. — Zum Zweck der Errichtung einer Idiotenanstalt für die Provinz Schleswig-Holstein sind vom Provinzialausschuss die umfangreichen Grundstücke der früheren Zuckerfabrik zu Neustadt im östlichen Holstein angekauft worden. Die Zahl der hülfsbedürftigen Idioten unserer Provinz beträgt gegen 600. Bisher wurden dieselben zum Theil in den privaten Idiotenanstalten zu Kiel und Schleswig untergebracht; diese Anstalten wurden von der Provinz mit jährlich 14000 M. unterstützt.

Illenau. — Können wir Deutschen auch nicht ein Centennarium, wie die englischen Collegen in der Retraite bei York, feiern, welche unter dem Einflusse der Nachkommen des Gründers *W. Tuke* sich stets in gleicher Höhe erhalten hat — wir haben allerdings ältere Neubauten nur für diesen Zweck, aber sie haben sich doch nicht in steten Fortschritten erhalten — so sind doch nun auch die 50jährigen in Neubauten bei uns in Deutschland in Sicht getreten. Als solche werden Sachsenberg, Illenau und Halle immer im Vordergrunde bleiben, zumal sie stets den Fortschritten sich angepasst haben. Sachsenberg hat sein Jubiläum schon längere Zeit hinter sich, Halle erreicht es im nächsten Jahre, während Illenau die Pforten für dies Jubelfest am 27. September d. J. seinen Freunden und Verehrern öffnet. Die Hoffnung ist vorhanden, dass die vom Landtage bewilligte neue Wasserleitung mit Canalisation und die elektrische Beleuchtung bis zu dieser Feier vollendet sind.

Nekrolog *L. Snell.* — Am 12. Juni verstarb der Geheime Sanitätsrath Dr. med. *Ludwig Snell*, Director der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim. Die Irrenheilkunde Deutschlands verlor in ihm einen ihrer eifrigsten Förderer, der Verein deutscher Irrenärzte eins seiner ältesten und treuesten Mitglieder.

Ludwig Daniel Christian Snell ward geboren am 18. October 1817 zu Nauheim (Herzogthum Nassau), als Sohn eines evangelischen Pfarrers. In seiner Familie, welche aus Holland stammte und im 16. Jahrhundert von dort nach Deutschland einwanderte, finden sich mehrere namhafte Gelehrte. Zwei Professoren *Snell* waren Mitte dieses Jahrhunderts in Zürich und Bern, *Ludwig*'s Grossvater war der als Philologe bekannte Director des Gymnasiums in Idstein und später in Weilburg. *Snell* selbst widmete sich nach Zurücklegung seiner Gymnasialzeit dem Studium der Medicin. Er studirte während der Jahre 1834—1839 in Giessen, Heidelberg und Würzburg, wo er am 30. November 1839 zum Doctor medicinae promovirte. Im Sommer 1839 hatte er die ärztliche Prüfung im Herzogthum Nassau vorzüglich gut bestanden, und wurde danach am 30. September 1841 zum Medicinalaccessisten und praktischen Arzt zu Hochheim ernannt, wo er bis zum Jahre 1844 verblieb. In diesem Jahre wurde ein Concurs zur Heranbildung eines Irrenarztes für die zu begründende neue Irrenanstalt des

Digitized by Google

Herzogthums ausgeschrieben. Dr. *Snell* meldete sich dazu und unternahm zu seiner Belehrung 1844 eine Studienreise, die ihn nach London und Paris führte. Besonders in letzterer Stadt war damals reichlich Gelegenheit zu psychiatrischen Studien gegeben, die von dem strebsamen jungen Arzte eifrig gesucht und benutzt wurden. In seine Heimath zurückgekehrt, erhielt er 1845 die Stelle eines Assistenzarztes an der Herzoglich nassauischen Corrigenden- und Irrenanstalt zu Eberbach. Wie schon der Name sagt, waren hier Corrigenden und Geisteskranke in einer Anstalt, wenn auch getrennt, untergebracht. *Snell* empfand dieses als grossen Missstand und begrüsste deshalb mit Freuden den Entschluss der Herzoglichen Regierung, auf dem Eichberg oberhalb Hattenheim eine eigene Irrenanstalt zu bauen. Im Jahre 1846 ertheilte ihm die Regierung den Auftrag, Reisen zu unternehmen, um die berühmteren deutschen Irrenanstalten zu dem Zwecke zu besuchen, sich näher mit deren Einrichtung, sowie den verschiedenen Behandlungsweisen der Geisteskranken bekannt zu machen. Diese Reise dauerte 13 Monate, sie führte ihn nach Wien, wo er längern Aufenthalt nahm, sodann nach einer Reihe deutscher Anstalten; in Illenau und Winnenthal blieb er längere Zeit, um unter der Leitung *Roller*'s und *Zeller*'s eingehende Studien zu machen. Auch Hildesheim wurde auf dieser Reise besucht, wo damals noch der Ober-Medicinalrath Dr. *Bergmann* leitender Arzt war. Nach der Rückkehr zur Heimath wurde *Snell* von seiner Regierung mit der Entwerfung des Planes zu der Einrichtung der im Bau begriffenen neuen Irrenanstalt für das Herzogthum Nassau beauftragt. Der Bau von Eichberg nahm nach diesen Plänen seinen Fortgang und konnte die neue Heil- und Pflegeanstalt am 19. October 1849 eröffnet werden, zu deren Director *Snell* ernannt wurde. 7 Jahre lang sollte er an dieser Anstalt wirken, als die Königliche Hannoversche Regierung einen Nachfolger suchte für den in Pension getretenen Leiter der Hildesheimer Heil- und Pflegeanstalt, für den Ober-Medicinalrath Dr. *Bergmann*. Die Wahl fiel auf *Snell* und so ward er am 14. März 1856 unter Verleihung des Titels eines Sanitätsraths als Director der damaligen einzigen Irrenanstalt des Königreichs Hannover in seinen neuen Dienst eingeführt.

Snell fand hier eine Anstalt von etwa 625 Kranken vor, die in drei räumlich getrennten Abtheilungen untergebracht waren. Er widmete sich mit Eifer seiner neuen Aufgabe, die hauptsächlich darin bestand, für nothwendig erkannte Verbesserungen in den Einrichtungen und in der Behandlung der Geisteskranken bei seiner vorgesetzten Behörde anzuregen und ins Werk zu setzen. — Welche Ziele ihm bei der Einrichtung einer Irrenanstalt vorschwebten, spricht er selbst in seinem im Jahre 1857 an seine vorgesetzte Behörde, die Königliche Landdrostei zu Hildesheim erstatteten Geschäftsberichte aus: „Eine Irrenanstalt, die ihre Aufgabe würdig lösen will, muss sich vielseitiger und ernster entwickeln, als irgend eine andere Krankenanstalt. Es müssen die Wirkungen, die sie den ihr anvertrauten Kranken gegenüber entfaltet, das Ganze der menschlichen

Digitized by Google

Natur umfassen. Es handelt sich hier nicht nur um die genaueste Erforschung aller körperlichen Störungen und deren zweckmässige Behandlung, sondern es handelt sich oft darum, das ganze geistige Wesen eines Menschen vom Verkrüppelten und Verkehrten zum Rechten und Vernünftigen umzugestalten. Es erfordert dieses einen geistigen Apparat von überwältigender Stärke und gleichsam eine Atmosphäre des Guten und Tüchtigen, die bewusst und unbewusst erzieht, bildet und gestaltet. Es soll eine Irrenanstalt neben allen Eigenschaften eines guten Krankenhauses für körperlich Leidende auch eine Erziehungs- und Bildungsanstalt im vielseitigsten Sinne sein. Es soll hierfür den Leidenden nicht nur der reinigende Heiltrank und das beruhigende Bad, sondern auch die regelnde Kraft der Gymnastik, der Rythmus der Musik, der klärende Eindruck der Wissenschaft und Kunst und der Ernst der Religion ein Rettungsanker sein. In der Fortbildung aller dieser Richtungen liegt noch ein reicher Schatz des Segens, den wir zu pflegen nie vermeiden sollen." Im Laufe der Jahre wurden dann manche Verbesserungen auch namentlich in baulicher Hinsicht ausgeführt. Bei der Lage jedoch der Hildesheimer Anstalt am Rande und theilweise innerhalb einer Stadt, bei der Nöthigung, ältere vorhandene Gebäude für die Zwecke einer Irrenanstalt nutzbar zu machen, gilt auch hier der Ausspruch, den *Snell* in einem Vortrag auf der Naturforscherversammlung zu Giessen that, in dem er seine Erfahrung über eine wissenschaftliche Reise mittheilt, die 1862 nach Holland, Belgien und Frankreich unternommen war. „Es tritt daher der Uebelstand hervor, dass man die Anlagen nicht frei nach den besten anderweitigen Erfahrungen construirte, sondern sich an gegebenem Terrain innerhalb der Städte halten musste."

Es wird dadurch leider eine unheilbare Unvollkommenheit bedingt. Dieser Unvollkommenheit suchte er im Laufe der Jahre möglichst abzuhelfen. Trotz aller Verbesserungen und Vergrösserungen der Anstalt hatte die Ueberzeugung Platz gegriffen, dass für das damalige Königreich Hannover der Bau einer neuen Irrenanstalt sich als nothwendig erweisen würde. Um Material zur Beurtheilung der Sachlage zu gewinnen, wurde im November 1856 eine Zählung der Geisteskranken im Königreiche vorgenommen, welche das Vorhandensein von 3084 Geisteskranken nachwies.

Auf Befehl des Königlichen Ministerii des Innern wurde deshalb ein vorläufiger Plan für eine neue Anstalt entworfen. Nach langen Verhandlungen und nach Besichtigung verschiedenster Bauplätze wurde endlich der Plan gefasst, zwei neue Anstalten zu bauen. Seine Majestät der König von Hannover hatte zum 16. März 1861 ein Ministerconseil berufen, wobei unter Allerhöchstem Vorsitz die Mitglieder des Medicinalcollegiums, die Professoren *Hasse* und *Baum* aus Göttingen und *Snell* als Sachverständige ihre Ansichten darzulegen hatten. Die überwiegende Mehrheit sprach sich dahin aus, dass die Erbauung zweier Anstalten unter den einmal vorliegenden Verhältnissen in hohem Grade wünschenswerth sei, indem die

Digitized by Google

Forderung der Universität Göttingen, den Studirenden der Medicin Gelegenheit zu psychiatrischer Ausbildung zu geben, als berechtigt anerkannt wurde, und anderntheils die Forderung der westlichen Provinzen des Königreichs, eine der Anstalten in ihrer Nähe zu haben, ebenfalls nicht als unbillig abgewiesen werden konnte. Seine Majestät der König entschied auch zu Gunsten dieser Ansicht. Bereits im Geschäftsbericht pro 1858 hatte sich *Snell* für die Errichtung einer Irrenanstalt in Göttingen und für eine Verbindung derselben mit der Universität ausgesprochen. „Mit Recht werde geltend gemacht, dass der Zuwachs eines so bedeutenden Instituts höchst wohlthätig und fördernd auf das gesammte wissenschaftliche Leben der Hochschule einwirken und nur hierdurch der Unterricht in der Psychiatrie für die Studirenden der Medicin in genügender Weise ermöglicht würde. Es ward ferner mit Recht hervorgehoben, dass die medicinische Bildung und Befähigung der Anstaltsärzte durch den lebendigen Verkehr mit der Universität die heilsamste Förderung und Anregung finden." Die von anderer Seite vorgebrachte Ansicht, dass die Benutzung der Anstalt zu Unterrichtszwecken als unpassend und unstatthaft bezeichnet werde, und dass die Kranken dabei zu verletzenden und schädlichen Demonstrationen gemissbraucht werden könnten, konnte er durch eigene Erfahrung widerlegen. Denn in Verfolg eines Anerbietens seines Vorgängers *Bergmann* war von *Snell* bereits 1857 am 1. November beginnend ein zwei Monate währender Cursus für praktische Aerzte zur Ausbildung in der Psychiatrie in der Hildesheimer Anstalt abgehalten, zu dem sich 5 Zuhörer eingefunden hatten. Dieser Cursus wurde am 1. November 1858 wiederholt und fand wieder 2 Theilnehmer; auch im Laufe der späteren Jahre fanden sich Theilnehmer von wechselnder Zahl, meist 1—2, 1861 sogar 4, nach 1863 hörte der Cursus aus Mangel an Theilnehmern auf.

Der Bau zweier neuer Irrenanstalten zu Göttingen und Osnabrück war sonach beschlossen. Beide Anstalten sollten für je 200 Kranke Raum gewähren. Die Stände des Königreichs bewilligten 1862 für die Anstalt an der Universität 293 000 Rmk. (15 000 Rmk. für Grunderwerbung und 278 000 Rmk. für den Bau, für die Osnabrücker Anstalt 282 000 Thlr. (14 000 Thlr. und 168 000 Thlr.). Eine Commission, zu deren Mitgliedern *Snell* und der Ober-Medicinalrath Dr. *Brandes* in Hannover als ärztliche Berather gehörten, hatte die Pläne für Göttingen bereits festgestellt, sodass mit dem Bau Frühjahr 1863 begonnen werden könnte. *Snell* sowohl wie *Brandes* unternahmen dann im August 1862 eine wissenschaftliche Reise, in deren Verlauf die wichtigsten Anstalten Hollands, Belgiens und Frankreichs besichtigt wurden, um neues Material für Aufstellung des Planes der Osnabrücker Anstalt zu gewinnen. Nach Fertigstellung eines genauen Planes konnte dann auch dort 1863 mit den Erdarbeiten begonnen werden. Der Zudrang zur Hildesheimer Anstalt verstärkte sich mehr und mehr, sodass Ende 1862 bereits über 800 Kranke dort verpflegt wurden. Trotz starken Belegens der vorhandenen Räume, Neubauten, selbst Miethung

Digitized by Google

eines Hauses in der Stadt für weibliche Kranke, waren die vorhandenen Räume, bis fast über die Grenzen des Zulässigen ausgenutzt, nicht im Stande, alle Kranke aufzunehmen. Viele Gesuche um Aufnahme mussten abgelehnt werden. Wie sollte nun diesem immer steigenden Andrang von Irren begegnet werden, und wie ihm bis zur Vollendung der neuen Anstalten wenigstens vorläufig Abhülfe geschafft werden? Zunächst handelte es sich dabei nur um Unterbringung von Männern. Die Idee einer Ackerbaucolonie ward wieder auf die Tagesordnung gesetzt. Seit Jahren war der Plan vergebens angestrebt. Jetzt wirkten das Gesehene der oben erwähnten Reise, das Studium der Irrencolonie Fitz-James so eindrucksvoll auf *Snell* und *Brandes*, dass namentlich letzterer mit Enthusiasmus auch für die Hildesheimer Anstalt die Verwirklichung einer Irrencolonie befürwortete. *Snell* verkannte zwar auch die Vortheile keineswegs, die den Irren durch die Beschäftigung mit Feldarbeiten zu Theil würden, waren doch bereits im Jahre 1863 mit günstigem Einfluss auf die Kranken, und ohne dass unangenehme Zufälle sich ereignet hätten, Kranke in Trupps von 20—24 Kranken in Begleitung von 3—4 Wärtern längere Zeit bei einem Domänenpächter in der Umgebung Hildesheims Tags über beschäftigt gewesen, sagt er doch selbst im Geschäftsbericht pro 1864, „das Interesse an der Arbeit selbst, der angenehme Wechsel dieser Arbeiten, der Genuss der freien Luft unterstützen sich gegenseitig zur Hebung der Körperkräfte, zur Beruhigung und Sammlung des Geistes", aber er hatte Bedenken gegen die Art der freien Verpflegung, wie sie in einer Colonie gegeben werden musste; er fürchtete Unzuträglichkeiten und vermehrte Fluchtversuche. Vorsichtig alle Verhältnisse, die etwa bei einer ganz freien Verpflegung für Geisteskranke auftreten könnten, abwägend, allen nachtheiligen Punkten, die sich ereignen könnten, ins Auge blickend, stimmte er doch dem Plane der Errichtung einer Irrencolonie als besonderer Abtheilung der Hildesheimer Anstalt zu. Im Januar 1864 ward dann in einer Commissionssitzung zu Hildesheim, an der auch der jetzige Königlich Preussische Unter-Staatssecretair im landwirthschaftlichen Ministerium *v. Marcard*, damals Königlich Hannoverscher Regierungs-Assessor, als Referent des Königlichen Hannoverschen Ministerii des Innern theilnahm, und dessen staunenswerther Energie die Ueberwindung von so mannigfaltigen, der neuen Einrichtung entgegenstehenden Schwierigkeiten gelingen konnte, der Plan für Errichtung einer Gartencolonie für gemüthskranke Männer in Einum bei Hildesheim festgestellt. Die Eröffnung derselben fand am 1. April 1864 mit 40 Kranken statt. 60 Morgen Land waren vorläufig auf 20 Jahre für die Bewirthschaftung in Pacht genommen. *Snell* hat unstreitig das grosse Verdienst, dass er an der seiner Leitung unterstehenden Anstalt zuerst in ganz Deutschland eine Irrencolonie einrichten konnte. Ein Ereigniss, das der Irrenpflege in Deutschland neue Bahnen anwies. Die Erfahrungen, die die neue Art der Verpflegung gab, waren in Bezug auf das Befinden und Verhalten der Kranken nur günstig. *Snell* erkannte

Digitized by Google

das freudigst an, warnte aber vor übertriebenen Erwartungen. „Man darf dabei aber nicht vergessen, dass nicht alle Kranke, nicht einmal die Mehrzahl der in den Anstalten verpflegten Kranken mit solchen Arbeiten beschäftigt werden kann. Es wird daher die Idee mancher Philantropen, die Irrenanstalten in Ackerbaucolonien aufzulösen, für ewige Zeiten unausführbar sein. Denn wenn nicht einmal die Hälfte der Kranken in einer Anstalt überall zu solchen Arbeiten fähig ist, so ist noch nicht der vierte Theil derselben fähig, in einer Colonie ohne Mauern und Schlüssel zu leben. Rationeller Weise können solche Colonien nur in der engsten Verbindung mit Irrenanstalten und in der Nähe bestehen, wenn nicht grosse Unzuträglichkeiten daraus erwachsen sollen," sagt er im Jahresbericht pro 1864. — Bereits 1865 hatte *Snell* die Freude, die neue Colonie, bei Gelegenheit der September, im Anschluss an die zu Hannover abgehaltene Naturforscherversammlung, in Hildesheim tagenden Versammlung deutscher Irrenärzte, vielen Collegen zeigen zu können. Vom Jahre 1866 kann *Snell* berichten: „Es herrscht unter den Kranken in Einum, trotz der grossen Freiheit, welche sie geniessen, Ruhe und Ordnung und die Arbeitsleistungen daselbst sind sehr anzuerkennen. Unglücksfälle sind nicht vorgekommen, wenn man einige Fluchtversuche abrechnet, die aber ohne alle nachtheiligen Folgen geblieben sind." — Trotz dieser günstigen Ergebnisse wäre der Versuch beinahe gescheitert. Die finanziellen Ergebnisse waren nämlich derartig unzulänglich, die Zuschüsse waren so gross, pro 1865/66 3000 Thlr., dass ernstlich daran gedacht wurde, die Colonie aufzugeben. Eine andere einfachere Organisation der Verwaltung, die reichlicheren Erträge, die der Boden bei besserer Instandsetzung gewährte, die Ausdehnung, die auch ausser der Cultur von Gartenfrüchten grossen landwirthschaftlichen Betrieb ermöglichte, nicht zum wenigsten aber auch ein kräftiges Eintreten von *Snell* für den Fortbestand der Colonie aus ärztlichen Gründen, verhinderten zum Glücke ein Aufheben der Colonie, und so ist es gekommen, dass sie zur Zeit 80 männliche Kranke beherbergt, die 96½ ha eigene und 77 ha erpachtete Ländereien bewirthschaften.

Erwähnung verdient noch, dass *Snell* auch Einfluss geübt hatte auf die Errichtung der Idiotenanstalt zu Langenhagen, welche am 3. Januar 1862 eröffnet wurde. Im Jahresbericht pro 1860 hatte er vorgeschlagen, dass mit Hülfe eines Vereins und einer mässigen Unterstützung von Seiten des Staates die Einrichtung einer Idiotenanstalt sich werde ermöglichen lassen. Diesem Plane gemäss ist dann die Anstalt in Langenhagen errichtet. Die Irrenanstalt zu Göttingen wurde dann im April 1866 und die zu Osnabrück am 1. April 1868 eröffnet. Durch Abgabe von Kranken an beide Anstalten trat eine wesentliche Entlastung der Hildesheimer Anstalt ein, sodass die Anzahl der Kranken sich verringerte, nachdem sie am 9. März 1865 ihren höchsten je erreichten Stand von 893 Köpfen erreicht hatte. Jetzt war aber auch im Wesentlichen vorerst dem Bedürfnisse nach Plätzen für Geisteskranke Genüge geschafft, und damit auch vorerst ein Stillstand in

Digitized by Google

der Entwickelung namentlich der Hildesheimer Anstalt eingetreten, wenngleich *Snell* im Laufe der Jahre noch manche bauliche Veränderung in ihr vornehmen konnte.

Dagegen ward *Snell* zum Mitglied der Commission berufen, welche im Anfang der siebziger Jahre Vorschläge und Baupläne für die neu zu erbauenden Irrenanstalten der Rheinprovinz machen sollte.

Haben wir sonach den Einfluss kennen gelernt, den *Snell* auf die Entwickelung der praktischen Irrenpflege geübt hat, so müssen wir jetzt zu der schriftstellerischen Seite seiner Thätigkeit übergehen. Ein grösseres Werk über Psychiatrie hat *Snell* nicht geschrieben, wohl aber liebte er es, seine Wissenschaft in einer grossen Menge kleiner Essays zu beleuchten, die er vielfach zu Vorträgen ausarbeitete, die dann in Versammlungen der Collegen von ihm gehalten wurden. Seine Betheiligung an der jährlichen Versammlung der Fachgenossen war eine äusserst rege. Sowohl die Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte, als der Verein deutscher Irrenärzte folgten in ihren Versammlungen seinen Ausführungen.

Am meisten Interesse brachte er jedoch seiner eigenen Gründung entgegen, dem „Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westphalens", der zuerst am 15. October 1868 in Hannover unter seinem Vorsitz tagte, um dann jährlich im Mai in dieser Stadt unter seinem Präsidium sich zu vereinigen. Am 1. Mai 1891 sollte *Snell* zum letzten Male an dieser Versammlung theilnehmen.

Snell's erste Veröffentlichungen finden sich in den medicinischen Jahrbüchern des Herzogthums Nassau. Er hat hier veröffentlicht „Ueber Geisteskrankheiten" und „Beiträge zur pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten". Sodann schrieb er noch im Irrenfreund (Bd. 18): „Ueber Querulantenwahn!" Seine sämmtlichen anderen Vorträge und Abhandlungen sind in dieser Zeitschrift theils ausführlich veröffentlicht oder wenigstens resumirend mitgetheilt. Sie zerfallen in zwei Abtheilungen, je nachdem in ihnen Einrichtungen und Vorschläge zu Verbesserungen in der Gesundheits- oder Irrenpflege oder Biographien besprochen werden, oder indem Forschungen und Ergebnisse aus der psychiatrischen Wissenschaft ihren Inhalt bilden.

Zu ersterer Art finden sich:

Die neuerbaute Heil- und Pflegeanstalt Eichberg. VIII. 80.

Reiseerinnerungen aus der Schweiz. IX. 200.

Ist eine besondere Anstalt für in der Untersuchung oder während der Strafhaft irre gewordene Kranke eine Anforderung der Gegenwart? XVIII. 841.

Mittheilungen über eine psychiatrische Reise in Holland, Belgien und Frankreich. XXI. Supplementheft 17.

Mittheilungen über eine in Hildesheim eingerichtete Ackerbaucolonie für Geisteskranke. XXI. Supplementheft 46 und XXXI. 675.

Digitized by Google

Zur Erinnerung an Maximilian Jacobi. XXVIII. 415.
Ueber die Behandlung der Geisteskranken ausserhalb der Anstalten. XXIX. 106.
Naturwissenschaftliche und ärztliche Standpunkte dem Unterrichtswesen unserer Zeit gegenüber. XXX. 689.
Ueber die Heil- und Pflegeanstalten zu Hildesheim. XXXIII. 293.
Zur Frage der Ueberbürdung der Schüler der höheren Lehranstalten. XXXVIII. 334.

Zur anderen Kategorie gehören:

Ueber die Anästhesie der Haut bei Geisteskranken. X. 213.
Ueber die veränderte Sprechweise und die Bildung neuer Worte und Ausdrücke im Wahnsinn. IX. 11.
Ueber Simulation von Geistesstörung. XIII. 1, XXXVII. 257, XLIV. 479.
Merkwürdige Genesungsfälle aus der psychiatrischen Praxis. XIII. 537.
Die Personenverwechselung als Symptome der Geistesstörung. XVII. 545.
Cysticercus im Gehirn. XVIII. 66.
Ueber Monomanie als primäre Form der Seelenstörung. XXII. 368.
Ueber die Formen der Melancholie. XXVIII. 222.
Ueber die verschiedenen Formen der Manie. XXIX. 441.
Ueber die verschiedenen Formen des Wahnsinns. XXX. 319.
Ueber eine besondere Art von Zwangsvorstellungen mit entsprechenden Bewegungen und Handlungen bei Geisteskranken. XXX. 641.
Zur pathologischen Anatomie der Epilepsie. XXXII. 636.
Ueber die falschen Sensationen bei den Geisteskranken. XXXIV. 670. XLI. 70.
Ueber den heilenden Einfluss der Manie auf anderweitige körperliche Krankheitszustände. XXXV. 446.
Ueber Oligorie (mangelnde Empfänglichkeit der Geisteskranken). XXXV. 587.
Ein Gutachten über Zurechnungsfähigkeit. XXXVI. 450.
Ueber das Verhältniss der Dementia paralytica zur Syphilis. XXXIX. 209.
Dementia paralytica nach Bleivergiftung. XLI. 400.
Ueber die Krankheitsformen der in den letzten 28 Jahren in der Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim aufgenommenen Geisteskranken. XLII. 282.
Ueber Sprachlosigkeit bei Geisteskranken. XLIII. 501.
Recension über *Savage*, klinisches Handbuch der Geisteskrankheiten. XLIII. 565.
Die Ueberschätzungsideen in der Paranoia. XLVI. 665.
Die Influenzaepidemie in der Hildesheimer Anstalt. XLVII. 418.

Unstreitig am meisten Bedeutung unter diesen Arbeiten *Snell*'s verdient der Vortrag über „Monomanie als primäre Form der Seelenstörung", den er 1865 in der irrenärztlichen Section auf der Naturforscherversammlung in Hannover hielt. Er stellte damit entgegen der Ansicht *Griesinger*'s,

Digitized by Google

neben der Melancholie und Manie, eine dritte Form der primären Form der geistigen Störung auf, eine Ansicht, der sich *Griesinger* zwei Jahre später auch anschloss. Ein gewisses Interesse für die Entwickelung der Ansichten *Snell*'s über diese Sachen bietet ein Bemerken desselben in seinem Geschäftsbericht der Hildesheimer Anstalt vom Jahr 1861. *Snell* entwickelt hier zur Erläuterung die Systematik, welche er seinen Eintheilungen der Krankheitsformen zu Grunde zu legen pflegt. Zuerst beschreibt er die Melancholie, dann die Manie. Er fährt dann fort: „Wahnsinn (Monomanie) nennen wir diejenigen Formen der psychischen Erkrankung, in welche bei gehobenem Selbstgefühl einzelne Wahnvorstellungen in den Vordergrund treten und das Denken und Fühlen des Kranken beherrschen, während das übrige Seelenleben scheinbar mehr oder weniger intact erscheint. Diese Kranken können sich gewöhnlich mehr als andere Kranken beherrschen und sind im gewöhnlichen Leben oft schwer von Gesunden unterschieden. Die vermeintlichen Kaiser und Könige, Propheten und Wunderthäter gehören unter diese Form. Der Wahnsinnige hat zwar gewöhnlich auch Wahnideen von Verfolgung und Leiden neben seinen Ueberschätzungsideen, aber er setzt diesen trüben Wahnideen ein gespanntes Selbstgefühl und Siegesgewissheit entgegen, während der Melancholiker sich unter diesen Wahnideen verzweifelnd beugt. Obgleich der Wahnsinn einer oberflächlichen Beobachtung weniger auffallende Symptome darbietet, so ist er doch eine tiefere Erkrankung als Melancholie und Manie und geht äusserst selten wieder in Genesung über. *Snell* erwähnt dann den Blödsinn, der angeboren und in späterem Leben entstanden sein kann und spricht schliesslich von der Paralyse. In diesen kurzen Sätzen von 1861 sind schon wesentliche Ansichten der Punkte aufgestellt, die er später einem grösseren Kreise vortrug.

Snell war in frühern Jahren von kräftiger und ausdauernder Constitution. Ein eifriger Bewunderer der Natur und ihrer Schönheiten, hatte er einen grossen Theil Deutschlands und der Schweiz als rüstiger Fussgänger durchwandert. In seinen späteren Lebensjahren fesselte ihn ein zunehmendes Brustleiden, Lungenemphysem, mehr und mehr an das Haus. Ein Influenzaanfall, der ihn im Januar 1892 auf das Krankenlager warf, verminderte seine Kräfte so, dass eine grössere Schwäche zurückblieb, wenn er sich auch noch einmal aufraffte, um an den täglichen Conferenzen der Anstalt Theil zu nehmen. Bereits im Herbst 1891 hatte er seine Pensionirung zum 1. Juli 1892 erbeten und erhalten. Die wohlverdiente Ruhe nach einem langen, arbeitsreichen Leben sollte ihm jedoch nicht zu Theil werden, er hatte bereits Vorbereitungen getroffen, um in seinem geliebten Wiesbaden, wo seiner Familie viele Verwandte und Freunde lebten, den Rest seines Lebens zu verbringen, als ihn der Tod von hinnen rief. Leichte Lähmungserscheinungen, Ptosis, Hängen der einen Gesichtshälfte, auch Steifheit des einen Armes, waren einige Tage vor seinem Ende aufgetreten. Die letzten Stunden war er besinnungslos, und so ist er im 75. Jahre ohne

Digitized by Google

Schmerzen sanft zu einem seligen Ende am 12. Juni, Morgens 11½ Uhr, hinübergeschlafen. Eine Wittwe, eine Tochter und zwei Söhne, nebst einem Schwiegersohne, alle drei Irrenärzte, betrauern seinen Heimgang.

Sein äusseres Leben war reich an Ehrenbezeugungen, sowohl von Seiten der Königlich Hannoverschen, als auch der Königlich Preussischen Regierung gewesen. Am 27. Mai 1857 war er zum Königlich Hannoverschen Medicinalrath ernannt, am 28. November 1872 zum Königlich Preussischen Geheimen Sanitätsrath, zugleich war er Inhaber des Königlich Hannoverschen Guelphen-Ordens 3. Klasse, sowie des Königlich Preussischen Kronen-Ordens 3. Klasse und des rothen Adler-Ordens 3. Klasse. Auch nach dem Uebergange des Irrenwesens auf die Provinzialverwaltung ehrten sowohl das Landesdirectorium, als auch der Provinzial-Ausschuss sein erfolgreiches Wirken an der Anstalt durch mancherlei Anerkennung.

1877 konnte unter seinem Directorat das 50jährige Jubiläum der Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim gefeiert werden, am 14. März 1881 feierte er und mit ihm die Anstalt sein 25jähriges Directorjubiläum, am 30. November 1889 sein 50jähriges Doctorjubiläum.

Ein durch und durch edler Charakter war *Snell* bei Untergebenen und seinen Kranken gleich beliebt, sein mildes, allem scharfen Auftreten abholdes Wesen liess nicht zu, dass ihm irgend eine Feindschaft erstand. Selbst wahrhaft religiös gesinnt, ein überzeugungstreuer evangelischer Christ, war er tolerant gegen den Glauben anderer. Von universeller Bildung liebte er besonders die Musik, mit aufmerksamem Blicke folgte er den Fortschritten der medicinischen Wissenschaften, namentlich seinem Specialfach widmete er seinen Fleiss und seine Beobachtungsgabe. Alles prüfte er auf das sorgfältigste, vorsichtig und alle Folgen überlegend betrieb er die laufenden Geschäfte, in deren pünktlicher und gewissenhaftester Besorgung er Allen als leuchtendes Vorbild voranschritt. Im Kreise seiner Collegen und Freunde pflegte er gern die Geselligkeit. Er liebte es dann durch einen aufgestellten vielleicht etwas paradoxen Satz deren Einspruch hervorzurufen, im Eifer der Unterhaltung übertrumpfte er sich immer selbst, und je paradoxer die Behauptung wurde, desto eifriger suchte er nach Gründen der Vertheidigung. Alles wurde dann durch den Humor beleuchtet, der ihm eigen war. Seine Ueberzeugung vertrat er stets mit Eifer, hatte er aber einmal eine Meinung gefasst, so war es schwer, ihn mit noch so gewichtigen Gründen von dem vielleicht Falschen in derselben zu überzeugen; war er überzeugt, so stimmte er gern zu. Jegliches Prunken lag ihm fern, still und ohne viele Ansprüche lebte er im Kreise der Seinigen; die Verehrung und Liebe seiner Untergebenen und seiner Kranken folgt ihm ins Grab. Dr. *Gerstenberg.*

Nekrolog *Th. Meynert.* — Dem genialen Forscher auf dem Gebiete der Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems hat *Jolly* im Archiv, Heft 1 d. J., in würdiger und gerechter Weise einen Ruhmeskranz

Digitized by Google

auf das Grab gelegt und seine Bereicherung der Wissenschaft in treffender Weise festgestellt. Es bleibt uns nur übrig, der Trauer über seinen frühzeitigen Tod Ausdruck zu geben und Einiges über den äusseren Lebensgang hinzuzufügen.

Meynert hat seine ganze Thätigkeit der Universität Wien gewidmet, von dort aus die wissenschaftliche Welt erobert und Schüler für seine Forschungen herangezogen.

Geboren den 15. Juni 1833 zu Dresden zog er, 3 Jahre alt, mit seinen Eltern, von denen sein Vater ihn überlebt hat, nach Wien. Er absolvirte die dortigen Schulen, studirte daselbst Medicin, ward 1861 Dr. med., 1865 Docent für Bau und Leistungen des Gehirns, 1866 Prosector der Wiener Irrenanstalt, 1870 Vorstand der physischen Klinik und Prof. extr., 1873 Prof. ord. auch für die Nervenkrankheiten, 1885 Hofrath, wie es ihm denn an äusseren Ehren nicht gefehlt hat. Er hatte das Glück, frühzeitig von *Rokitansky* in seiner Eigenart erkannt zu werden und durch ihn eine stete Unterstützung zu erfahren. Noch im letzten internationalen Congress in Berlin war er berufen, in der Allgemeinen Sitzung einen Vortrag zu halten.

Während der letzten Monate seines Lebens kränkelte er, aber auch da hat er mit der Arbeit nicht inne gehalten. Er starb den 30. Mai 1892, tief betrauert von seinen Freunden und Verehrern.

Von seinen zahlreichen Schriften führen wir folgende an: „Anatomie der Hirnrinde als Träger des Vorstellungslebens und ihren Verbindungsbahnen mit den empfindenden Oberflächen und den bewegenden Massen", in *Leidesdorf*, Lehrb. d. Psych. 1865. „Der Bau der Grosshirnrinde und seiner örtlichen Verschiedenheiten", Neuwied, 1868. „Ueber den doppelten Rückenmarksursprung im Gehirn", in Wiener Akad. d. Wissensch. 1869. „Vom Gehirn der Säugethiere", in *Stricker*'s Handbuch der Lehre von den Geweben, Lpzg. 1872. „Skizze des menschlichen Grosshirnstammes nach seiner Aussenform und seinem innern Bau", in Arch. f. Psych. 1872. „Skizzen über Umfang und wissenschaftl. Anordnung der klin. Psychiatrie", in Psych. Centralbl. 1876. „Die Windungen der convexen Oberfläche des Vorderhirns bei Menschen, Affen und Raubthieren", mit 23 Holzschnitten, im Arch. f. Psych. 1877. „Ueber Fortschritte im Verständniss der krankh. psych. Gehirnzustände", in Psych. Centralbl. 1878. „Psych. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns", 1. Hälfte, Wien, 1884 (nicht vollendet). „Die anthropol. Bedeutung der frontalen Gehirnentwicklung", Wien, 1889. „Populär-wissenschaftl. Vorträge", Wien, 1892. *L.*

Nekrolog *Jacob Fischel*[1]) (geb. 19. April 1813, gest. 4. Juni 1892). — Ein Zufall, wie ihn die Geschichte nicht selten aufweist, hat es gefügt

[1]) In der psych. Klinik zu Prag gehalten und unserer Zeitschrift zur Verfügung gestellt. *L.*

Digitized by Google

dass in derselben Woche, die uns den grossen Erforscher des Gehirns, *Meynert* entrissen, ein Leben zu Ende gegangen, dem es beschieden war, sich voll, bis an die zu erhoffenden Grenzen auszuleben, dem aber ein tragisches Geschick mitten in der Blüthe der Jahre es verwehrt hatte, voll zu jener Höhe der Entwicklung auszureifen, welche die Erfolge der ersten Jahre in reichem Maasse erwarten liessen.

Mit *Jacob Fischel* begraben wir aber nicht blos den Nestor der heimischen Psychiater, auch im Namen der deutschen Wissenschaft ziemt es sich, ein Lorbeerreis auf dem Grabe des Verewigten niederzulegen.

Im Jahre 1813 geboren, absolvirte *Fischel* in Prag das Gymnasium und wurde nach glänzend bestandenen medicinischen Prüfungen im Jahre 1841 zum Doctor promovirt.

Die damalige Verbindung der Irrenanstalt mit dem Krankenhause brachte es mit sich, dass *Fischel*, der seine medicinische Laufbahn in diesem begann, im Jahre 1844 Secundärarzt der Irrenanstalt wurde, an welcher er später in der Stellung eines supplirenden Primärarztes bis zum Jahre 1852 verblieb. In diese Zeit fallen nun jene verdienstlichen Arbeiten, die seinen Namen dauernd mit der deutschen Psychiatrie in Verbindung bringen; die Verdienste derselben treten aber erst dann deutlich hervor, wenn wir sie sich von dem Untergrunde des damaligen Standes der deutschen Psychiatrie abheben lassen.

Trotzdem *Griesinger* im Jahre 1845 die erste Auflage seines Lehrbuches hatte erscheinen lassen, war die deutsche Psychiatrie, theils unter dem Einflusse der naturphilosophischen Schule der Medicin, theils in Folge Mangels jeder klinischen Tradition nahezu ganz von der naturwissenschaftlichen Richtung abgekommen; und nicht besser lässt sich das erweisen, als durch die Thatsache, dass die klinische Kenntniss der progressiven Paralyse damals und noch später in ganz Deutschland fast ganz verloren gegangen war.

Hier trat nun, zum Theil unter dem Einflusse der Wiener Schule, im Gleichschritt mit dem Aufschwunge der Gesammtmedicin, die damalige Prager Schule ein. In diese Zeit fallen die Arbeiten, die *Fischel* selbst veröffentlichte. Dieser Zeit entstammen auch die, welche seiner Anregung und Mitarbeit ihre Entstehung verdanken.

Unter diesen steht in erster Linie *Duchek*'s Arbeit über die progressive Paralyse, 1851 erschienen, die erste deutsche Arbeit über den Gegenstand, hervorragend durch die Betonung des pathologisch-anatomischen Standpunktes, noch jetzt ein Merkzeichen in der Geschichte dieser Krankheit; dann ist zu nennen *Spielmann*'s Diagnostik der Geisteskrankheiten; obzwar erst im Jahre 1855 erschienen, geht dieses Werk, vorbildlich für die damalige Zeit und auch jetzt noch oft nicht unrühmlich genannt, nach Ausweis der Vorrede vorwiegend auf den Einfluss *Fischel*'s zurück, den dieser auf *Sp.* genommen. Die Zahl der von *Fischel* selbst veröffentlichten Originalarbeiten ist nicht sehr gross, zieht man aber in Betracht, dass sie

Digitized by Google

nahezu alle der kurzen Spanne von 1846—1852 entstammen, zumeist jenen Jahren, wo die Supplirung des Primärarztes, die Einführung der in diesen Jahren eröffneten neuen Anstalt *Fischel*'s ganze Zeit in Anspruch nehmen mussten, dann steigt unsere Achtung vor der Fülle des Vollbrachten; sind sie auch mehrfach in den Rahmen einfacher Anstaltsberichte gepresst, so erheben sie sich inhaltlich weit über das Niveau solcher landläufiger Gelegenheitsschriften; von zahlreichen casuistischen Mittheilungen durchwebt, tragen sie alle den Stempel der Verbindung der Psychiatrie mit der Gesammtmedicin, weisen sie alle die strenge Rücksichtnahme auf die pathologische Anatomie auf.

Im Jahre 1846 veröffentlichte *Fischel* in der Prager Vierteljahrsschrift, die auch fast alle seine späteren Arbeiten enthält, den Bericht über die Anstalt für 1842/43, im Jahrgange 1847 den für die Jahre 1844/45. Aus diesem sei die für die Fachgenossen gewiss interessante Thatsache herausgehoben, dass *F.* sich gegen besondere Abtheilungen für geisteskranke Inquisiten und Sträflinge ausspricht.

Im Jahre 1847 bringt er seine grosse Arbeit „über die Lungengangrän mit vorzüglicher Rücksicht des Vorkommens bei Geistesgestörten", in welcher er nicht blos das eigene Beobachtungsmaterial, sondern auch das umfassende Materiale des pathol-anat. Institutes in eingehendster Weise allseitig durchgearbeitet wiedergiebt.

Im Jahre 1848 schreibt er über Mania fixa, im Jahre 1850 fasst er die Berichte über die Anstalt für die Jahre 1846—1850 zusammen; dieselben sind namentlich bemerkenswerth durch die Auseinandersetzung von den Beziehungen der Cholera und der politischen Aufregungen zu Geistesstörungen. Als Abschluss dieser Arbeiten kann die 1853 veröffentlichte Schrift: „Prag's k. k. Irrenanstalt und ihr Wirken bis incl. 1850" gelten; sie kann als der Ausdruck von *Fischel*'s praktischer Thätigkeit als Anstaltsarzt, wie sie sich zum Theil unter *Riedel*'s Leitung entwickelt hatte, angesehen werden, und muss bei ihrer kritischen Beurtheilung in Betracht gezogen werden, dass die damals neue Prager Anstalt und ihre Einrichtungen vorbildlich für eine Reihe deutscher und österreichischer Anstalten geworden und dass in jener Zeit die praktische und literarische Bethätigung im Anstaltswesen manch einen bedeutenden Kopf ganz ausschliesslich beschäftigte. Daneben fand *Fischel* noch Zeit zur Lehrthätigkeit, die unter den damals so zahlreich in Prag weilenden ausländischen Aerzten nach dem Zeugnisse eines gewiss competenten Beurtheilers, Prof. *Cramer* in Marburg, hochgeschätzt war.

Da kam das Jahr 1852, das dem so verheissungsvollen Beginne ein rasches Ende bereitete; ein engherziger Standpunkt hielt den anerkannt Befähigten von der Erlangung der Directorstelle fern; *Fischel* schied aus der Anstalt, und gab bald wegen Mangel an Lehrmateriale auch seine Vorlesungen auf, sich fast ausschliesslich als Praktiker bethätigend: als solcher ging aber sein Ruf weit über die engen Grenzen der Heimath

Digitized by Google

durch jene Maassregel war aber auch die Quelle literarischer Bethätigung versiegt, *Fischel* beschränkte sich auf die Theilnahme an den literarischen, damals sehr geschätzten Berichten der Prager Vierteljahrsschrift. Mehr als ein und einhalb Decennium später war es ihm erst wieder vergönnt die Stätte jugendlicher Arbeit zu betreten in der Stellung, die ihm damals vorenthalten jetzt angeboten worden, aber dem Alternden war es versagt, an dem Weiterbau der seither so rüstig vorgeschrittenen in neue Bahnen einlenkenden Wissenschaft selbstthätig mitzuwirken; er beschränkte sich auf seine praktische Thätigkeit in der Anstalt und auf sein Lehramt, in welchem er 1874 zum Extraordinarius ernannt wurde; jene gipfelt in der Erweiterung des böhmischen Irrenwesens durch Errichtung der Anstalten in Kosmanos und Dobran, sowie in der Ausgestaltung der sog. Slup-Colonie, bemerkenswerth als der erste grössere Versuch, Geisteskranke in ausgedehnterem Maasse in der Landwirthschaft zu beschäftigen.

Im Jahre 1885 trat *Fischel* nach zurückgelegtem 70. Jahre unter zahlreichen Beweisen besonderer Anerkennung in den Ruhestand; noch 7 Jahre genoss er das Otium cum dignitate, feierte bei voller Rüstigkeit im Jahre 1891 sein 50jähriges Doctorjubiläum; eine kurze Krankheit raffte ihn hinweg, nachdem er noch in glänzenden Stiftungen seinen menschenfreundlichen Sinn bethätigt. *A. Pick.*

Nekrolog *Steenberg.* — *Waldemar Emanuel Steenberg* wurde 9. Januar 1829 geboren (Insel Bornholm), wurde Arzt in 1853, habilitirte sich später theils als Militärarzt, theils als Assistenzarzt im Allg. Krankenhause zu Kopenhagen, ging 1859 als 3. Arzt nach Schleswig zu der damaligen dänischen Irrenanstalt, avancirte zum 2. Arzt in 1862 und wurde von dort hieher als Chefarzt (Oberarzt) in 1863 gerufen. Hier hat er sich in 29 Jahren grossen Verdienst erworben, um die ganze Anstalt zu erweitern und umzubauen; in seiner Zeit hat sich die Anstalt mehr als verdoppelt, in mancher Weise verbessert und musste jetzt für eine der besten Anstalten Nordens angesehen werden, wie sie auch die absolut grösste ist. Die eigentlich wissenschaftliche Arbeit war wohl niemals die Hauptsache *Steenberg*'s; die grosse Anstalt [1]), die verbreitete Correspondenz und zahllose andere Schreibereien liess ihm nicht die Zeit dazu; doch hat er theils eine Abhandlung über syphilitische Encephalopathie geschrieben, theils ist er ein eifriger Vertheidiger gewesen von der Theorie, dass die Dementia paralytica seine Basis in Syphilis hat, auch hat er zahlreiche gute Beiträge in seinem Jahresberichte geliefert; endlich hat er in mehr als 20 Jahren die Psychiatrie für alle die jungen Aerzte, die hier gearbeitet haben, docirt (nach unserer Terminologie: nur den Candidaten der Anstalt gelesen). Seine Hauptbedeutung aber liegt in seinem niemals fehlenden Interresse für die mancherlei Kranken, die ihm anvertraut wurden im Laufe der Zeit, und er

[1]) Beinahe 1000 Kranke.

Digitized by Google

war auch von diesen ungemein beliebt. Er sparte sich keine Mühe, weder bei Tag noch bei Nacht, um Trost und Heilung zu bringen.

Von früher rüstiger Gesundheit litt er in den späteren Jahren an vielen asthmatischen Beschwerden und es zeigte sich bei ihm ein ausgesprochener Herzfehler (insufficiens aortae). Nach einer sehr anstrengenden Consultation in der Hauptstadt kehrte er 8 Uhr Abends den 11. März 1892 nach Hause zurück, fühlte sich sehr leidend von Druckempfindungen in der Brust und starb ganz plötzlich um 9 Uhr. Sowohl unsere medicinische als allgemeine Presse erwähnten seinen Tod in rühmenden Worten und er wurde unter grosser Theilnahme auf dem hiesigen Kirchhofe beerdigt (18. März).

In Folge seiner 25jährigen Feier liessen seine Collegen ein lebensgrosses Bildniss von ihm im Festsaale der Anstalt aufhängen. Er war titulär Professor der Psychiatrie, Dr. med. und Ritter mehrerer in- und ausländischer Orden. Seine Beziehungen zum Auslande waren sehr intime. Er besuchte alle Paar Jahre auch die deutschen Collegen und Anstalten, fesselte überall durch sein Interesse für die Sache wie durch seine persönliche Liebenswürdigkeit, und seinen Tod betrauern auch in Deutschland viele Freunde und Collegen. (Mittheilung der Herrn Dr. *Rohmell*, welcher 19 Jahre dem Verstorbenen in seinem Berufe treu unterstützt hat und nunmehr sein Nachfolger geworden ist.)

Nekrolog *Pliny Earle*. — *Pliny Earle*, der Nestor der Irrenärzte in Amerika und einer der verdienstvollsten daselbst, den Aelteren der Collegen auf seinen Reisen durch Europa in Deutschland durch sein Wissen und seine liebenswürdige Persönlichkeit wohlbekannt, ist im hohen Alter in seiner Anstalt Northampton State Hospital for the Insane, Mass., dem er wenige Jahre nach seiner Gründung bis in die letzten Jahre vorgestanden hat, am 17. Mai d. J. heimgegangen.

Geboren zu Leicester am 31. December 1809, ward er erzogen in dem Seminare der Society of Friends und blieb ihr sein Leben lang treu. Wir entnehmen diese Thatsachen nebst Nachrichten über seinen Lebenslauf seinen brieflichen Angaben und dem J. of Ment. Soc. July und Alien. and Neurol. 1892 July. 1837 in Philadelphia graduirt, besuchte er mehrere Jahre die Hospitäler und Asyle in Europa; wurde 1840 Hausarzt im Frankford Asylum bei Philadelphia, 1844 ärztlicher Director des Bloomingdale Asylum und blieb es 5 Jahre, prakticirte dann in Philadelphia und besuchte von dort aus wiederum Asyle. 1853 consultirender Arzt des New-York City Asylum auf Blackwell Island, hielt er den Aerzten Curse im dortigen College über Geistesstörung. Dann wurde er Professor der Psychiatrie in Berkshire Medical Institute zu Pittsfield, der erste dieser Art in Amerika. 1864 Director des Northampton Hospital, blieb er dort bis zu seinem Tode, obgleich er 1885 resignirte. Er hielt dort jede Woche

Digitized by Google

Vorträge über die verschiedensten Gegenstände, auch über Geisteskrankheit vor seinen circa 300 kranken Zuhörern. Er half 1844 die Assoc. of Med. Super. of Hospitals for mental physicians mitbegründen und ist der zuletzt Gestorbene von ihnen. Diesem Vereine präsidirte er 1884 und 1885. Er war ebenso der erste Präsident der New England Psychological Society. Er war drei Mal, und zwar längere Zeit in Europa zuerst Ende der dreiziger Jahre, zum zweiten Male 1849 und 1871 zum dritten Male. Die beiden letzten Male habe ich die Freude gehabt, ihn zum ersten Male in der Anstalt zu Halle und das zweite Mal in der meinigen zu begrüssen. Seine Persönlichkeit war der Art, dass man ihn lieb gewinnen musste und wir Freunde wurden. Es entwickelte sich daraus ein Briefwechsel, den er in den letzten Jahren seiner Nichte dictiren musste.

Von seinen Collegen hochgeachtet und geliebt, war es ihm möglich, aus allen amerikanischen Anstalten Notizen zu erlangen, zu deren Durcharbeitung und Veröffentlichung er allerdings nicht kam und die er mir für meine „Gedenktage" überliess. Eine stattliche Persönlichkeit, von ernstem, aber wohlwollenden Wesen, lebte er ganz seinem Berufe und interessirte sich für Alles, was die Psychiatrie betraf. Werthvolle Winke gab er in den Berichten über seine Anstalt. Er machte darin aufmerksam, wie geringer die Zahl der Heilungen sei, als man bisher angenommen, und nützte durch den Nachweis der Täuschung, wenn man in der Statistik nicht einen Unterschied zwischen der Zahl der Kranken und dem der Fälle schied.

Als literarische Früchte seiner praktischen Thätigkeit können angeführt werden: „A visity to Thirteen Asylums for the Insane in Europe with statistics. Phil. 1841." „History, Description and Statistics of Bloomingdale Asylum for the Insane, N. Y. 1848." „European institutions for idiots. N. Y. 1852." „Bloodletting in Mental Disorders. N. Y. 1854." „Institutions of the Insane in Prussia, Austria and Germany. Utica. 1854." „The psychopatic hospital of the future. Utica. 1867." „Psychological medicine: Its importance as a part of the Medical Curriculum. 1867." „Prospectice provision for the insane. Utica. 1868." „The Curability of Insanity. 1877." „A Glance at Insanity and the Management of the Insane in the American states. Boston. 1879." *L.*

Druckfehler.

Bd. 48, S. 433, Z. 24 v. oben statt „welche ich nach einem eignen Berichte für geisteskrank im Sinne des § 51 attestirte" lies „welche ich nach den vorliegenden Berichten für geisteskrank erklärte" und Z. 15 statt „die der Arzt nicht über Zurechnungsfähigkeit haben soll" lies „dass der Arzt nicht über Zurechnungsfähigkeit mittheilen soll."

Bd. 48 im Nekrolog *Spamer*'s, letzte Seite Z. 10 v. oben lies statt „Schweigsamkeit" „Schmiegsamkeit".

Digitized by Google

Bd. 48, S. 614, Z. 15 v. unt. lies statt „doch“ „hier“.
Bd. 48, S. 614, Z. 15 statt „vollständiges“ lies „vollwerthiges“.
Bd. 48, S. 614, Z. 14 statt „doch“ lies „dort“.
Bd. 48, S. 617, Z. 17 v. oben statt „27. Bd.“ lies „47. Bd.“.
Bd. 48, S. 619, Z. 3 v. unt. statt „Abstinenzgebiet“ lies „Acusticusgebiet“.
Bd. 48, S. 619, Z. 2 v. unt. statt „derselbe“ lies „dieselbe“.

Berichtigung. Durch ein Versehen der Lichtdrucker sind die Nummern der Abbild. in Bd. 48, H. 6 auf Taf. VII des Dr. *Paetz*'schen Isolirzimmer-Fensters verwechselt und die erläuternden Bezeichnungen ganz fortgelassen worden. Zur Vermeidung von Irrthümern und zur Erleichterung des Verständnisses wird daher Folgendes bemerkt: Abb. 1 hat die No. 2 und Abb. 2 die No. 1 zu erhalten. Abb. 3 und 4 zeigen den freigelegten Verschluss der oberen Fensterflügel, 3 im geschlossenen, 4 im geöffneten Zustande. Im Text muss es daher auf S. 643 statt „(Abbildung 3)“ heissen „(Abb. 3 freigelegter Verschluss der oberen Fensterflügel im geschlossenen, Abb. 4 derselbe in geöffnetem Zustande).“

Personal-Nachrichten.

Dr. *Bruno Siemerling*, Privatdocent u. Oberarzt der Irrenabth. der Charité in Berlin ist zum Prof. extr. an der Universität daselbst,

Dr. *Otto Dornblüth*, 2. Arzt der Prov.-Heilanstalt zu Bunzlau zum Dir. der Prov.-Idiotenanst. in Freiburg i. Schlesien ernannt worden.

Dr. *Ad. Wollenberg*, Ass.-Arzt der psych. Klinik zu Halle hat sich als Privatdocent f. Psych. u. Nervenkr. habilitirt.

Dr. *Heinr. Schüle*, Geh. Hofrath u. Dir. der Heil- u. Pflegeanst. zu Illenau ist zum Geheimrath ernannt worden.

Dr. *A. Focke* in Coblenz hat den Rothen Adlerorden 4. Kl. erhalten.

Dr. *W. Steenberg*, Prof. u. Dir. des St. Hans-Hospitales bei Kopenhagen ist an Herzleiden am 11. März,

Dr. *Pliny Earle*, emer. Dir. des Northampton Asyles, Mass., ist 83 Jahre alt am 17. Mai,

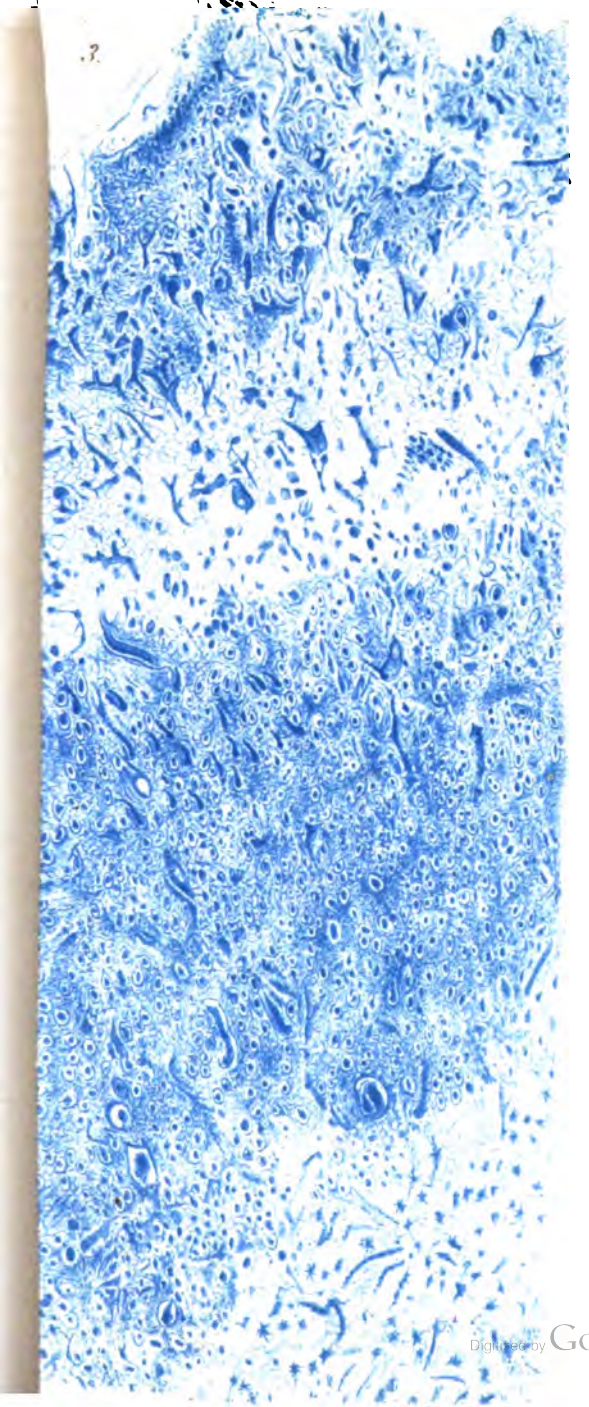
Dr. *Th. Meynert*, Prof. u. Dir. der psych. Klinik zu Wien ist nach mehrmonatlichen Leiden am 30. Mai,

Dr. *Jac. Fischel*, Prof. u. emer. Dir. der Irrenanst. zu Prag ist, 79 Jahre alt, nach kurzer Krankheit am 4. Juni,

Dr. *L. Snell*, Geh. San.-Rath u. Director der Prov.-Heilanstalt zu Hildesheim 75 Jahre, nach längerem Leiden am 12. Juni,

Dr. *E. Delbrück*, Geh. San.-Rath, früher Physikus u. Arzt der Strafanstalt zu Halle a. S. im Sept. cr. an Altersschwäche gestorben.

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

Ueber die Genese und die pathologisch-anatomische Grundlage des Grössenwahnes bei Paralys. progr.

Eine klinische Studie aus der Klinik des Herrn Hofr. Prof. v. Krafft-Ebing.

Von

Dr. **Sigmund Kornfeld** u. Dr. **G. Bikeles** in Wien.

Die Aufgabe, die wir uns in vorliegender Arbeit stellten, war die Erklärung des Grössenwahns bei Paralyse, seiner Entstehung und seiner anatomischen Ursache nach. Für diese Arbeit benützten wir ein grösseres Krankenmaterial, welches uns die Klinik bot. Die aus eigener Beobachtung erhaltenen Resultate waren wir bestrebt, an der Hand der in der Literatur publicirten Krankengeschichten verlässlicher Beobachter zu ergänzen. Herr Prof. *v. Krafft-Ebing* hatte ausserdem die Liebenswürdigkeit, uns eine grosse Sammlung eigener Beobachtungen zur Verfügung zu stellen.

Wir konnten nicht umhin, auch die depressiven Wahnideen der Paralytiker zu streifen, weil dieselben öfters den Grössenwahn begleiten und deshalb eine Mitberücksichtigung in vorliegender Arbeit verlangten.

Mit der Einführung des Ausdrucks „Störung in der Beurtheilung der Correlation" wollten wir hervorheben, dass es nicht die Begriffe, das Tertium comparationis, sind, welche fehlen und die Urtheilskraft schwächen, sondern dass einzig in sehr vielen Fällen namentlich im Beginne der Krankheit blos die Verbindung vorhandener Vorstellungen eine falsche ist. Die Vorstellung hat an ihren scharfen und klaren Umrissen verloren, und dieser Defect macht sich besonders im Urtheil bemerkbar.

Wenn ein Paralytiker z. B. von Milliarden, Billi-, Trilliarden

Digitized by Google

spricht, so hat er nur die Vorstellung von der Million, aber die Correlation dieser Summe, d. h. deren Bedeutung im socialen Leben ist eine sehr mangelhafte.

I. Eigenschaft des Grössenwahnes, Reiz- oder Schwächezustand?

Schon die ältesten Autoren über progressive Paralyse haben die bei dieser Krankheit auftretenden Grössenwahnideen, sowie auch die Wahnideen der depressiven Form hinsichtlich ihrer Entstehung zu erklären versucht. Zumeist war es ein angenommener Reizzustand des Gehirns, welcher zur Erklärung des Grössenwahnes herangezogen wurde. ***Bayle*** sucht die Entstehungsursache derselben in der Meningitis und der durch dieselbe hervorgebrachten Reizung in der Hirnrinde an der Convexität.

Baillarger und ***Gubler*** leiten die Grössenideen von der Congestion ab, setzen somit eine Ueberernährung des Hirns voraus. Die hypochondrischen Delirien sucht ***Gubler*** im Gegentheile durch Anämie des Hirns, somit durch mangelnde Ernährung zu erklären. ***Meschede*** sucht die Ursache des Grössenwahnes in der abnorm intensiven Ernährung der Ganglienzellen und der dem grossen Stoffumsatz bei Entzündung entsprechenden gehobenen Reizempfindung. ***Voisin*** spricht gleichfalls von Hyperämie und Zellenreizung beim Grössenwahn, während er die Ursachen der hypochondrischen Wahnideen in Läsionen der Dura, sowie der Nerven des Cranium und des Rückenmarks sucht. ***Meschede*** will melancholisches Delir bei Pachymeningitis gesehen haben. ***Schüle,*** der den Grössenwahn als Reizzustand und zwar als Mania mitis, welche zeitweilig sich zur Mania gravis steigern kann, auffasst, findet die Depression bei cystoider Degeneration der Ganglien und colloider Gefässentartung. Die Ansicht, dass der Grössenwahn einer Manie gleichwerthig ist, war die allgemein verbreitete, so dass schlechtweg vom Stadium des Grössenwahnes als einem manischen Stadium gesprochen wurde. ***Mendel,*** der ebenfalls den Terminus manisches Stadium in dem eben angeführten Sinne gebraucht, hält die Art und Weise, wie Grössenideen sich bilden, und die diesem Processe zu Grunde liegenden pathologisch-anatomischen Veränderungen gegenwärtig für einer Erklärung ebenso unzulänglich, wie das Zustandekommen eines Gedankens aus einer Ganglienzelle. Aller-

Digitized by Google

dings ist letzteres Problem ebensowenig lösbar, wie das der Entstehung der Elemente der Materie. Doch so wie sich der Physiker und Chemiker erst dann auf fruchtbarem Boden bewegen, wenn sie ihre Forschung den Combinationen und Wechselwirkungen der als real vorausgesetzten Elemente zuwenden, ebenso wird die Psychiatrie productiv forschen, wenn sie die Combinationen der Gedanken analysirt, die einem gewissen Wahne zu Grunde liegen.

Meynert lässt den Grössenwahn ebenso wie bei der Manie aus der Euphorie hervorgehen, und letztere aus der functionellen Hyperämie der Hirnrinde.

Der Grössenwahn geht somit aus Analogieschlüssen hervor: „Der Reiche, der Wohlhabende ist der Glückliche". Auffallend bleibt bei dieser Auffassung, dass der Paralytiker, bei dem ***Meynert*** selbst das Unterlassen von Schlussbildungen als Regel hinstellt, gerade seinen Grössenwahn durch so häufige Schlussbildungen schaffen soll.

Diesen Auffassungen gegenüber steht die von ***Kraepelin***, welcher nicht mehr von einem manischen Stadium der Paralyse spricht, sondern von einer expansiven Form. ***Kraepelin*** legt den Schwerpunkt in der Entstehung des Grössenwahnes auf die Ausfallserscheinungen. Der Mangel an Kritik schafft den Boden für Phantasiegebilde, und die Umgestaltung der Vergangenheit im Sinne des Grössenwahnes wird, wie ***Kraepelin*** meisterhaft ausführt (s. d. Psychiatrie, III. Aufl., S. 492) durch die Lückenhaftigkeit der Erinnerungen befördert.

Um die in Rede stehende Frage zu erörtern und einen Beitrag zu ihrer Lösung zu liefern, wollen wir zunächst das Geistesleben des Paralytikers einer näheren Betrachtung unterziehen. ***v. Krafft-Ebing*** hebt hervor, dass von den motorischen Bewegungen gerade die feinsten, die höchste Coordination erfordernden Leistungen zuerst Noth leiden. Was von den motorischen Störungen gilt, lässt sich auch von den psychischen aussagen. Die schwierigste psychische Leistung im socialen Leben ist wohl die richtige Beurtheilung und Abschätzung der Beziehungen der so mannigfachen Verhältnisse zu einander.

Schon bei Geistesgesunden finden wir neben sonst hoch entwickelten geistigen Anlagen eine mangelnde Leistungsfähigkeit in

Digitized by Google

der oben angedeuteten Beziehung. Wir sehen solche Menschen von einem Project zum andern eilen, die Projecte in scharfsinnigster Weise ausarbeiten und im Einzelnen geschickt durchführen, trotzdem stellt die Summe ihrer gesammten Lebensthätigkeiten und Unternehmungen nichts Anderes als einen tragischen Schiffbruch dar. Weil dieselben die Gesammtheit der Umstände nicht zu würdigen verstehen, nehmen ihre Unternehmungen ein klägliches Ende. In einem viel bedeutenderen Grade finden wir die Unfähigkeit, die Factoren des realen Lebens in richtigem Maass zu würdigen bei Geisteskranken. Bei Paranoia inventoria kann man oft trotz richtigen formalen Denkens einen bedeutenden Defect in der eben angedeuteten Richtung beobachten. In den vielen Erfindungen und Entdeckungen dieser Kranken ist oft auch ein gesunder Kern zu finden, nur fehlt hier die Fähigkeit der Kritik und der geistige Fonds zur zielvollen Verwerthung. Kehren wir zur progressiven Paralyse zurück, so kann man bei dieser Krankheit schon frühzeitig den höchsten Grad von Ausfall in der Abschätzung der richtigen Correlation der Dinge bemerken. Ohne oder nach vorausgegangener Depression (die wir mit *Simon* geneigt sind anzusehen als Reaction[1]) auf Gefühle einer bedeutenden Leistungsunfähigkeit in den bisherigen Berufsarten, wenigstens für die Mehrzahl der Fälle) tauchen beim Paralytiker allerlei Projecte auf.

Hoffen und Erwarten sind mächtige Saiten im Accord menschlicher Production.

Der grosse intuitive Forscher *Sully* (Die Illusionen, Seite 251) betrachtet die Erwartung als einen viel leichteren Process, als die Erinnerung. Nach *Sully* kennt das Kind, bevor es das Geschehene zu reproduciren vermag, das Gefühl der Erwartung und empfindet beim Vorbereiten der Speisen in Folge dieser Erwartung Freude. Und auch beim geistesgeschwächten Paralytiker, dessen Gedächtniss versagt, blitzen die Strahlen von Hoffnungsgefühlen auf. So nehmen die erwähnten Projecte ihren Ursprung. Der Kranke hegt allerlei Pläne, trägt sich mit verschiedenen Absichten und erwartet allerlei Gewinnste (Loose, Lotterie u. s. w.). Jedes Vorhaben erscheint in Ermangelung einer richtigen Correlations-Beurtheilung überaus

[1]) Daraus folgt aber nicht, dass die Reaction eine physiologische sein müsse, schon die bereits bestehende Reizbarkeit kann dieselbe steigern zu einer pathologischen. So erklären sich die Suicidversuche in diesem Stadium.

Digitized by Google

lückverheissend. „Solche Gedanken habe ich früher nie gehabt" hört man oft solche Kranke äussern. Der Verwirklichung entgegenstehende Hindernisse werden übersehen, weil der Kranke sie nicht zu würdigen weiss. Diese Störung in der Beurtheilung der Correlation, die der Projectenmacherei zu Grunde liegt, ist oft so milde, dass sie der richtigen Würdigung als krankhaft entgeht, in anderen Fällen aber ist dieselbe so hochgradig, dass sie selbst dem Laien als Symptom einer Geisteskrankheit erscheint. Der früher tief Niedergedrückte wird aufgeräumt, heiter, da ihm noch nach seiner Meinung eine glückliche Zukunft gegönnt ist. Hiermit ist der Grund für einen blühenden Grössenwahn gegeben und zwar nur begründet in Ausfallserscheinungen.

Bei manchen Kranken kann das Stadium der Projecte und Pläne durch lange Zeit (Monate) sich hinziehen. Der Kranke ist beseelt von seinen politischen Reformvorschlägen, von seinen Entdeckungen. Er hofft — ja er weiss es mit Bestimmtheit, dass er zur Würde eines grossen Staatsmannes und zu Reichthümern gelangen werde. Doch behält er so viel Urtheilskraft, um seine gegenwärtige Stellung nicht mit der erhofften zu identificiren. Bei der Mehrzahl der Paralytiker aber gehen diese Wünsche und Projecte in die imaginative Verwirklichung über. Wie beim physiologischen Menschen das Gedächtniss für Dinge, an welche sich ein lebhaftes Interesse knüpft, treuer und dauernder ist, so kann das darniederliegende Erinnerungsvermögen des Paralytikers dennoch seiner Stimmung adäquate Vorstellungen und Erlebnisse reproduciren. Die sichere Erwartung der Erfüllung eines aufgetauchten Wunsches lässt bald den Eindruck einer wirklichen Erlangung desselben zurück. Dies wird umsomehr der Fall sein, je häufiger und intensiver diese Hoffnungen und Projecte sind. Das wiederholt gehegte Vorhaben, welches, weil angenehm, Spuren in seinem Gedächtniss zurücklässt, nimmt die Form einer unumstösslichen Existenz an. Der vom Schicksal niedergebeugte Mann schwelgt im Genusse grossen, nur in seiner Phantasie vorhandenen Vermögens. Aber Vorwärtsstreben ist die Triebfeder der gesammten Menschheit, und erlangter Besitz befriedigt Niemanden. Dies gilt in viel höherem Grade für den nur in seiner Vorstellung Reichen. Der Kampf und die Mühe, die bei Erwerb oder Erlangung einer Würde aufgebracht werden müssen, sind geeignet, den Genuss des Erhaltenen zu steigern, auch

Digitized by Google

erheischen die socialen Verhältnisse vom Würdenträger oder Besitzer Anstrengungen, das Erlangte zu behaupten, und die hierauf verwendete Mühe bildet zugleich eine Ablenkung vom weiteren Vorwärtsstreben. Anders verhält es sich beim Paralytiker, der in seinem Wahne Alles mit Leichtigkeit erlangt hat und keine Schranke für sein Vorwärtsstreben findet. Er wird rasch nacheinander Graf, Fürst und Kaiser, Manche auch Gott und Obergott. Die mit den Attributen dieser Würden verbundene Macht ist vielen Paralytikern wohlbekannt, nur täuschen sie sich über deren thatsächlichen Besitz. Ein Paralytiker, der sich für den Obergott hält, lässt die Sonne auf- und niedergehen, lässt regnen, donnern etc. etc. Dies Alles aber erst mit wirklichem Eintritt dieser Naturphänomene. Blosse Renommisterei ist es nicht. Die Wahrnehmungen inducires in dem so leicht bestimmbaren Paralytiker den Wunsch dieselben hervorzurufen, aber erst nach dem Auftreten dieser Erscheinungen. Und das Zusammentreffen von Wunsch und Naturvorgang führt zu der Täuschung, dass letzterer durch ersteren veranlasst sei.

Jeder Psychiater kennt wohl die Bestimmbarkeit des Willens der Paralytiker durch leicht hingeworfene Bemerkungen. Was das Wort des Arztes vermag, bringt auch das äussere Geschehen und der natürliche Verlauf der Dinge mit sich. So wird auch der excessivste Grössenwahn als reine Ausfallserscheinung erklärbar. Gegen diese Auffassung liesse sich die Einwendung erheben, dass der Grössenwahn als blosse Ausfallserscheinung sich in jedem Falle von Paralyse finden müsste. Mit Rücksicht hierauf haben wir bei einer grossen Anzahl von Paralytikern genaue Anamnesen erhoben und haben insbesondere das Vorleben zu erforschen versucht. Hiebei ergab sich, dass sich Grössenwahn vorwiegend in jenen Fällen fand, in welchen die Anamnese eine gewisse Lebhaftigkeit des Strebens und eine geistige Regsamkeit ergab. (Ausnahmen siehe unten.) Gegen die Ansicht, dass es sich um einen Reizzustand, um eine Manie, handle, müssen wir hervorheben, dass Manie als klinisches Bild von bestimmten Umrissen mit dem Grössenwahn nur selten gepaart ist. Bei Patienten, bei denen uns ein etwas lebhafterer Bewegungstrieb und grössere Lebhaftigkeit auffiel, ergab die Anamnese und bei einem die nachher möglich gewordene Beobachtung während einer tiefen Remission sehr lebhafte Temperamente überhaupt, und die Anverwandten, die zu öfterem Besuch

Digitized by Google

hereinkamen, wollten bezüglich dieser Lebhaftigkeit nichts Auffallendes und von früher Abweichendes zugeben. Einer unserer Patienten, der anamnestisch als scheuer, zurückgezogener, in sich gekehrter, aber begabter und im Geschäfte fleissiger Mensch geschildert wird, bleibt in seinem excessiven Grössenwahn derselbe wie zuvor. Er ist Kaiser, schwelgt in den abenteuerlichsten Ausgeburten einer ungezügelten, wilden Phantasie und steht dabei oft stundenlang mit abgewandtem Haupt an die Wand gestützt, ohne sich viel um Mitpatienten und Aerzte zu kümmern. Oft findet man ihn dabei weinend, wie er sagt, „über allzugrosses Glück". So verläuft bei ihm die Krankheit vom ersten Beginn.

Mit welchem Rechte dürfte man in diesem Falle von Manie sprechen?

II. Befördernde Umstände des Grössenwahns.

Als solche können wir anführen: 1) Die Suggestion oder Einredung. Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass man den meisten Paralytikern mit Grössenwahn beliebig Wahnideen induciren kann. Dies kann sowohl absichtlich geschehen, als auch ohne besonders darauf gerichtete Absicht durch rein zufällige Einwirkungen seitens der Umgebung. In der Anstalt ist es mitunter ein productiver Leidensgenosse, der seinen Mitpatienten Rang und Würden ertheilt, oder durch Aeusserungen seines floriden Grössenwahnes Wahnideen in den Mitkranken inducirt. Ein Vorgang, der jedenfalls zu den Seltenheiten gehört, da die Störung in der Abschätzung der Correlation der Dinge meist durch die starke Betonung des Ich und in höherem Grade des kranken Ich eine Steigerung erfährt. Daher üben solche Patienten oft Kritik an dem Wahnsystem ihrer Mitpatienten, welches sie somit als krankhaft bezeichnen, während sie an ihren eigenen Grössenideen nichts Anstössiges finden. Viel häufiger gaben scherzhafte Bemerkungen seitens der Umgebung ausserhalb der Anstalt Veranlassung zum weiteren Ausbau der Grössenideen (s. Krankengesch. 2). Aber wie eine Saat nur dann in Aehren aufzuschiessen vermag, wenn dieselbe auf einen empfänglichen Boden fällt, ebenso verhält es sich mit suggerirten Grössenideen. Dieselben werden dann behalten und verarbeitet, wenn sie der Productionsfähigkeit des Betreffenden nicht fern liegen, widrigen Falles wird der suggerirte Theil bald

Digitized by Google

vergessen oder abgeschüttelt. Die Inducirbarkeit des Paralytikers beruht nämlich auf nichts anderem, als auf der Unfähigkeit, einer unerwarteten und besonders den krankhaften Neigungen des Ich schmeichelhaften Behauptung Widerstand zu leisten. Es kann deshalb im Laufe von Stunden oder Tagen, falls nicht der Patient zur Verarbeitung der suggerirten Attribute Neigung und Fähigkeit hat, eine Ernüchterung eintreten. Aber auch innerhalb der Zeit, während welcher die suggerirten Grössenideen bei solchen Patienten noch nicht corrigirt wurden, ist man oft in der Lage, dieselben von den aus eigenen Kräften productiv geschaffenen zu unterscheiden. Eine suggerirte Grössenidee wird ohne eigentliche Betonung vorgebracht, Widerspruch wird bei dieser viel leichter ertragen. Ein Patient unserer Beobachtung, der seit seinem Eintritt ein reicher Mann mit ansehnlichem Vermögen, zugleich Brautwerber unter sehr günstigen Umständen zu sein vermeinte, wird eines Tages auf Suggestion eines überaus productiven Mitpatienten Erzbischof und Kaiser. Doch behält er die Würden nur durch einige Tage, um dann blos der frühere reiche Privatmann zu sein. Auch als er Kaiser zu sein vorgab, nahm er ihn verspöttelnde und verhöhnende Bemerkungen puncto Kaiserwürde lächelnd und ohne Spur von Affect hin, während er Aeusserungen über Untreue seiner vermeintlichen Braut jederzeit mit einer wenn auch geschwächten Energie entgegentrat.

2) Den Traum. Schon im normalen Leben begegnet es mitunter, dass Traumerlebnisse, die besonders lebhaft waren, noch nach dem Erwachen fortwirken, sich in die wirklichen Erlebnisse einmischen und nur schwer von denselben unterschieden werden. Besonders häufig geschieht dies bei Kindern und Greisen (siehe *Sully*). Dass Derartiges bei Paralytikern häufig vorkommt, ist eine längst bekannte Erfahrung. Beachtenswerth ist, dass gerade unserer Erfahrung zufolge es nur Grössenideen oder mit solchen im Zusammenhang stehende und dieselben fördernde Umstände sind, die aus dem Traume in das wahre Leben herübergenommen werden. Dies erklärt sich daraus, dass bei den dem kranken Ich angenehmen Vorstellungsgruppen einerseits seine eclectische Gedächtnissarbeit am Besten von Statten geht, andererseits die erwähnte Störung in der Beurtheilung der Correlationen am grellsten zu Tage tritt. Der Gesunde unterscheidet Traumerlebnisse von wirklichen mit Leichtigkeit, weil erstens der Reiz der reproductiven

Digitized by Google

Thätigkeit ein geringerer ist, als der der productiven, zweitens weil die Associationen einer blos subjectiven Welt, welche ohne Controlle der willkürlichen Aufmerksamkeit erfolgen, oft zu sehr im Widerspruche stehen mit den erlernten Erfahrungen des realen Lebens. Beim Paralytiker mögen schon die Reize der productiven Thätigkeit von Haus aus sehr matt sein, und dieser Umstand ist wohl geeignet, die Rathlosigkeit bei der Unterscheidung von Traum und Wirklichkeit bedeutend zu erhöhen[1]).

Unter den Krankengeschichten von Herrn Professor *v. Krafft-Ebing* fanden wir Fälle, in welchen demente Paralytiker Nachts aus dem Schlafe erwachten, dem Wärter die Mittheilung machten, sie seien unermesslich reich, oder sie seien Gott geworden. Diese Grössenideen tauchten nur einmal auf, wurden nach der einmal gemachten Aeusserung nicht mehr verwerthet und waren überhaupt die einzigen im ganzen Krankheitsverlauf. Diese Fälle lehren wohl, dass der Grössenwahn im Traume, ebenso wie in der Suggestion blos ein unterstützendes Moment findet, dass aber Träume allein nicht hinreichen, um den Grössenwahn zu schaffen und dessen weiteren Ausbau zu unterhalten.

3) Schlaflosigkeit. Schon dem Laien ist die Wirkung schlafloser Nächte auf das Denkvermögen wohlbekannt. Nach einer unruhig verbrachten Nacht ist selbst der sonst normale Mensch oft unfähig, mit Klarheit über diese oder jene Situation zu urtheilen. Bedeutend nachtheiliger ist der Einfluss der Schlaflosigkeit bei pathologisch stark afficirtem Gehirn. Die erwähnte Störung in der Beurtheilung der Correlation mit allen ihren auseinandergesetzten Folgen, sowie auch Gedächtnissschwäche kann thatsächlich bei Paralytikern einzig und allein durch anhaltende Schlaflosigkeit erzeugt werden. Es sind in der Literatur viele Krankengeschichten publicirt von sogenannter classischer Paralyse, bei denen der Grössenwahn aber nur kurze Zeit anhält, und zwar

[1]) Einer unserer Patienten, der bereits einen lebhaft ausgebildeten Grössenwahn hatte, erzählte eines Morgens nach dem Erwachen den Angehörigen, dass Jesus Christus ihm erschienen sei und ihm die Hand auf den Kopf gelegt habe, wodurch er ihn zum Gott ernannt habe. Er ist seit damals, obwohl Monate bereits vergangen sind, noch immer der schaffende Gott, ja sogar Obergott.

Digitized by Google

beginnt derselbe mit Eintritt der Schlaflosigkeit, um alsbald mit sich einstellendem Schlaf zu verschwinden.

4) Manie. Nach den obigen Auseinandersetzungen sind wir der Ansicht, dass der paralytische Grössenwahn nichts mit dem klinischen Bild der Manie gemeinsam hat. Nichtsdestoweniger geben auch wir das Vorkommen der Manie bei Paralyse zu. Es wäre auch sonderbar, wenn bei einer Krankheit, die *v. Krafft-Ebing* definirt „als eine Affection der motorischen, vasomotorischen und psychischen Centra“ — nicht als Folge der vasomotorischen Störung und der Fluxionen hie und da das Bild der Manie anzutreffen wäre. Im Verlauf der Krankheit stellt sich nicht selten ein gesteigerter Bewegungsdrang mit Redesucht ein, auch die Stimmung wird, der bisherigen gegenüber, jovialer. Solche Zustände können Tage bis Wochen dauern. Nur in ganz vereinzelten Fällen kann sich dieser manische Zustand auf Monate ausdehnen. *Mendel* („Progr. Paral.“) führt unter „typische Form der Paralyse“ einen Fall von Grössenwahn mit wirklicher Manie, die sich lange Zeit hinzieht, an. Wir möchten aber bemerken, dass letzteres Verhalten, bei dem auch sonst typischen Fall nicht die Regel ist. Diese manischen Zustände können ebenfalls die Bildung von Grössenideen beeinflussen. Nicht selten sehen wir Paralytiker durch lange Zeit blos kühne Projecte äussern, ohne dass deren Stellung oder deren Besitz eine, der Kühnheit der Projecte entsprechende, wahnhafte Steigerung erfahren hätten. Erst mit dem Eintritte der Manie und mit der durch dieselbe gesetzten lebhaften Gefühlsbetonung und dem rascheren ungehemmten Vorstellungsablauf, steigert sich die bisher matte Vorstellung einer glänzenden Zukunft zu einer Wirklichkeit; was bisher nur als Wunsch gehegt wurde, erscheint nunmehr in den lebhaften Farben des wirklich erlangten Besitzes.

Auch die Projectenmacherei kann durch eine Manie im Anfange der Paralyse geweckt oder gesteigert werden. Unter den von Professor *v. Krafft-Ebing* beobachteten Fällen fanden wir einen, der in besonders markanter Weise den Einfluss einer einsetzenden Manie illustrirt.

Ein dementer Paralytiker wird nach langem Bestehen der Krankheit von Mania gravis befallen; mit Einsetzen derselben tritt Grössenwahn auf, der mit dem Abklingen der Manie für immer verschwindet. Gerade dieses vollständige Aufhören der Grössen-

Digitized by Google

ideen mit Schwinden der Manie zeigt uns, dass die Entwickelung des Grössenwahnes, wie wir in Vorhergehendem auseinandergesetzt haben, einen günstigen Boden voraussetzt, und dass bei Fehlen dieser Vorbedingungen die aufgetauchten Grössenideen keinen Boden fassen können. —

Das Vorkommen der Manie bei Paralyse, sowie der mitunter zu beobachtende Einfluss derselben auf die Entstehung des Grössenwahnes erklären zur Genüge, wie hervorragende Forscher zu der Ansicht gelangen konnten, dass der Grössenwahn bei Paralyse mit Manie zu identificiren sei. Dieser Ansicht konnten wir nicht beitreten. Es lehrt nämlich die Beobachtung, dass das klinische Bild der Manie, welche, wie bereits erwähnt, nur kurze Zeit dauert, sich keineswegs mit dem Entstehen und Fortbestande des Grössenwahnes deckt. Es giebt auch Fälle von Grössenwahn mit langem Verlaufe, in welchen niemals die klinischen Erscheinungen der Manie zu beobachten sind. Andererseits giebt es Fälle von Paralyse ohne Grössenwahn, welche die klinischen Erscheinungen der Manie zeitweise deutlich aufweisen. Derartige Beobachtungen kann man selbst im dementen Terminalstadium der Paralyse machen[1]). Daraus geht klar hervor, dass Manie und Grössenwahn bei der Paralyse sich nicht decken und deshalb klinisch streng auseinandergehalten werden müssen. Wenn wir auch das Vorkommen der Manie bei Paralyse zugeben, so glauben wir doch gewisse Zustände bei Paralyse, die von den Autoren als Mania gravis oder Tobsucht bezeichnet werden, als grundsätzlich von der Manie verschieden auffassen zu müssen.

In vorgeschrittenen Stadien kommen oft, sei es ohne bekannte Veranlassung, sei es auf geringe Reize, starke und vehemente Wuthausbrüche zum Vorschein.

Die Kranken befinden sich in sehr gereizter Stimmung, möchten Alles um sich vernichten, zerstören, niederreissen, brüllen und brummen dabei. Diese Zustände möchten wir nicht als blossen Ausdruck einer functionellen Störung, wie es wahrscheinlich die

[1]) Ein bereits tief dementer Paralytiker, welcher der Sprache gänzlich beraubt war, und des Gehens unfähig dauernd im Bette lag, äusserte durch lautes Lachen und Glück strahlende Miene, sowie durch ununterbrochene Bewegungen der oberen Extremitäten deutlich ausgesprochenen Bewegungsdrang.

Digitized by Google

Manie in Folge von Fluxionen ist, auffassen, sondern als eine Reaction eines sehr kranken Central-Nervensystems. Für ein solches Hirn können wohl die gleichgültigsten und gewöhnlichsten, aber für jeden Organismus in grosser Menge vorhandenen Reize durch Summirung einem ausserordentlichen und ungewöhnlichen Reize hinsichtlich der Wirkung gleichkommen. Natürlich wird der Wuth- und Zornausbruch befördert werden durch hinzugefügte Beleidigungen, die unter physiologischen Bedingungen noch gut ertragen werden. Die vasomotorischen Störungen, die bei diesen Zuständen häufig angetroffen werden, sind nicht geeignet, den Beweis zu liefern, dass der Ursprung dieser Krankheitserscheinung in einer vasomotorischen Parese bestehe. Die vasomotorische Alteration ist nämlich nicht die Ursache, sondern vielmehr die Folge des Affectes.

III. Pathologisch-anatomische Grundlage des Grössenwahnes.

Es ist wohl misslich, gegenwärtig in der Psychiatrie nach der letzten anatomischen Ursache zu fragen. Die Dienste der Anatomie für die Psychiatrie sind bis nun sehr geringfügig, als dass man sich, wie in den übrigen Disciplinen der Medicin, an sie jederzeit um Aufklärung wenden dürfte. Aber bei einer Krankheit, wie bei der Paral. progr., deren pathologisch-anatomischer Befund so klar gekannt ist, müssen wir die Frage aufwerfen, welcher Theil von diesem Befunde für die eigenthümliche Ausfallserscheinung, nämlich die der feinsten Leistung, wie für die erwähnten Reizerscheinungen verantwortlich gemacht werden kann.

Meynert (Vorl. S. 214) sagt, der Prozess ist ein subacuter und ein diffuser, bestehend in Atrophie. „Sowie der vertrocknende Hüftnerv des Frosches unter Zuckungen des Froschschenkels abstirbt, so verräth sich die Atrophie des Hirnstammes durch Reizerscheinungen".

Als Beispiel wird eine depressive Form mit bulbären Symptomen angeführt.

Ohne auf die Frage eingehen zu wollen, ob der vertrocknende Nerv an sich die Zuckungen erzeugt, oder ob nicht wahrscheinlicher der atrophirende Nerv durch minimale Reize, wie die der atmosphärischen Luft, pathologisch erregt werde, und so die Zuckungen hervorrufe, möchten wir blos hervorheben, dass ebenso wie

Digitized by Google

Atrophie des Stammes auch die der Hemisphären die Ursache von Reizerscheinungen sein dürfte. Von den erwähnten Zornausbrüchen bei Paralyse abgesehen, ist ja die schon im Prodromalstadium vorhandene Reizbarkeit allbekannt. Auch die Schlaflosigkeit, die bei Paralyse in allen Stadien so häufig ist, ist nur als eine abnorme Reaction auf geringfügige Reize anzusehen. Damit man einschlafe, werden, um Lichtreize abzuhalten, die Augen geschlossen, man nimmt eine bequeme Lage ein, auch Ruhe ist erwünscht. Alles dies läuft darauf hinaus, äussere Reize von sich fern zu halten. Auch innere Reize, wie etwa Denken etc. sind dem Schlaf hinderlich, und wer nach Schlaf sich sehnt, sucht auch dieser sich zu erwehren. Beim Paralytiker ist in Folge des organischen Gebrechens die beim Neurastheniker durch functionelle Störungen vorhandene abnorme Reaction auf geringfügige Reize anhaltender und in gesteigertem Grade vorhanden. Daher auch die Schlaflosigkeit bei Paralyse; mag man auch vorhandene Reize auszuschalten bestrebt sein, so sind deren doch für jeden Organismus in solcher Menge vorhanden, dass sie bei gesteigerter pathologischer Reactionsweise das Bewusstsein immer wach erhalten, und so jeden erquickenden Schlaf abhalten.

Die hochgradigen Ausfallserscheinungen, wie die fortschreitende Demenz, können, wie wohl bekannt, auf dem Zugrundegehen von Ganglienzellen beruhen. Fragen wir aber nach der anatomischen Ursache der erwähnten Störung in der Beurtheilung der Correlation, die gleichwerthig der motorischen Coordinationsstörung ist, so müssen wir vor Allem solche Fälle ausscheiden, bei denen diese Störung kurze Zeit anhält und etwa durch Schlaflosigkeit bedingt ist. — Die Schlaflosigkeit eines in der Ernährung tief gestörten Gehirnes (Atrophie) könnte vielleicht an sich verhindern, dass die noch erhaltenen Vorstellungen klar erfasst werden, wodurch die Correlation verschiedener Vorstellungen eine defecte wird. Diese Erklärung ist aber gewiss nicht zulässig für Fälle, wo durch viele Monate dem Kranken der Reichthum an Vorstellungen erhalten bleibt, die Verknüpfung derselben aber und deren gegenseitige Correlation eine höchst mangelhafte und falsche ist. ***Meynert*** (Vorl. S. 217) will diese Erscheinung aus dem Mangel an Associationen ableiten, und zwar soll (S. 220) durch die diffuse Beschaffenheit des Prozesses es niemals zum Untergange aller

Digitized by Google

Elemente einer einzelnen Rindenstelle kommen, weshalb durch lange Zeit noch Bahnen und Zellen erhalten bleiben, nur ist die Leistung erschwert. Die Erschwerung der Association würde somit darauf zurückzuführen sein, dass die Verbindungsbahn zwischen den thätigen Ganglienzellen nunmehr nicht die directe und gerade ist, sondern eine abseits liegende, die deshalb auch eine Verspätung im Ablaufe der Vorstellungen veranlasst. Aber wie soll man sich dann die Remission erklären? Vernichtetes und zu Grunde gegangenes Nervengewebe kann nicht restituirt werden. In der Remission wird nicht nur der Grössenwahn corrigirt, sondern auch das Urtheil wird ein viel klareres, das Gedächtniss lebt auf, und Laien können darin sogar eine Genesung erblicken. Dies zeigt uns deutlich, dass die Schwäche in Beurtheilung der Correlation etc., oder wie *Meynert* sich ausdrückt, „die mangelhafte Association" (welcher Ausdruck vielleicht nicht sehr glücklich gewählt ist, da es an Associationen dem Paralytiker nicht mangelt, er associirt nur falsch), auf etwas ganz Anderem beruhe, als auf einer theilweisen Zerstörung von Nervensubstanz und Zellen. Die Zerstörung, wenn sie auch nicht circumscript, sondern diffus ist, bewirkt, wenn nicht erhebliche Demenz, weil noch functionirende Zellen in grosser Menge vorhanden sind, so doch einen bleibenden, verlangsamten Ablauf der psychischen Functionen, also einen geringeren Grad von Intelligenzschwäche. Die Ursache für das unvollkommene Erfassen der Vorstellungen und ihre Verbindung zu falschen Begriffen beruht auf einer Nutritionsstörung, von der die gesammte Rinde betroffen wird. Schon *Meschede* (*Virchow*, Arch. 56, pag. 100) beschrieb an den Ganglienzellen fettige und fettig pigmentöse Degenerationen. *Mendel* (l. c. S. 69) hat in manchen Fällen von Paral. progr. unter Hunderten von Ganglienzellen in einem Präparate kaum eine normale nachweisen können. Diese Ernährungsstörung und Veränderung der Ganglienzellen, die der Atrophie wahrscheinlich vorausgehen, sind für die Abnahme der feinsten Leistungen am meisten verantwortlich zu machen. Als weitere Quelle und Form von Nutritionsstörung ist der gestörte Abfluss der Lymphe zu erwähnen. Schon *Parchappe* und *Durand Fardel* beschrieben die als état criblé bekannte Beschaffenheit des Hirnes bei Paralyse. Auch *Mendel* (l. c. S. 50) sieht darin oft den Ausdruck ausgedehnter Lymphräume. *Ripping* (Zeitschrift für

Digitized by Google

Psych. 30, pag. 309 und 32, pag. 422) beschreibt cystoide Degenerationen in der Rinde, die er ebenfalls als Retentionscysten auffasst, welcher Auffassung sich auch *Schlesinger* (Arch. f. Psych. 10, p. 16) anschliesst. *Meynert* (Vorlesung 239) beschreibt eine Vergrösserung der subarachnoidalen Lymphräume, so dass die Arachnoidea beutelförmig vorgequollen ist, „doch scheint die subarachnoidale Flüssigkeit nicht immer nur ex vacuo zurückgehalten zu sein". „Auch (ibid. 240) der Hydrocephalus internus geht wieder über ein Entstehen ex vacuo hinaus, wie die Druckspuren beweisen." Man sieht aus dem Allen, wie schwer das physiologische Circuliren des Lymphstromes bei der Paral. progr. gestört ist, wodurch die Ganglienzellen in der Ernährung sehr beeinträchtigt werden müssen. Nicht auf das Vorhandensein der Bahnen und auf das Einlangen der Impulse allein kommt es bei geordneter Denkthätigkeit an, sondern ebenso sehr auf den Zustand der Zelle für die Empfängniss des eingelangten Reizes. Nicht alle durch die Associationsbahnen anlangenden Impulse sind gleichmässig geeignet, appercipirt zu werden, und über die Schwelle des Bewusstseins zu treten. Sowie bei einem mikroskopischen Präparate jede Stelle im Gesichtsfelde erst eine besondere Einstellung erheischt, ebenso verlangen die durch Association wachgerufenen Vorstellungsreihen, falls dieselben nicht durch gar zu häufiges Auftreten zu einem unzertrennbaren Ganzen verschmolzen sind (wie etwa die Eigenschaften einer Rose etc.), eine Anspannung der ganzen geistigen Thätigkeit, „Denken" genannt, um in richtiger Weise zur Geltung zu kommen. Das Auflauschen auf die anlangenden Associationszeichen steigert die Empfindlichkeit der Einlangsstation, id est der entsprechenden Ganglienzellen.

Das Umgekehrte sehen wir im Traume.

Wie zahlreich auch die einlangenden Vorstellungen sein mögen, so werden doch die meisten nicht über das Niveau des Bewusstseins sich zu erheben vermögen, sondern die sinnlichsten und durch ganz unbekannte Ursachen, die sich unserer Aufmerksamkeit entziehen, gekräftigten werden die Oberhand gewinnen.

Daher das so häufig Widersprechende, Unlogische in den Träumen. Und was vom Traume gilt, wo die Controle des Willens und der Absicht fehlt, dies gilt auch für die Paralys. progr. mit den erwähnten bedeutenden, wenn auch reparablen Läsionen.

Digitized by Google

Die vorhandenen, nicht zu Grunde gegangenen Zellen und Nervenbahnen sind wohl für den Ablauf der Associationen noch genügend. Die Natur hat uns ja gar nicht so spärlich die Nervenelemente zugemessen. Aber das nicht Zerstörte ist in seiner Function grösstentheils tief geschädigt. Es werden daher in den Zellen hinterlassene Spuren vergangener Eindrücke entweder gar nicht auftauchen oder sie erscheinen zwar wieder, treffen aber in der Aufnahmsstation auf eine abgestumpfte, kranke Ganglienzelle, die wie eine unempfindliche Boussole auf den anlangenden, wenn auch mächtigen elektrischen Strom keinen Ausschlag giebt.

Dass nicht immer die Endursache einer vollkommenen oder mangelhaften Combination von Vorstellungen in einer besseren oder schwächeren Thätigkeit der Associationsbahnen begründet ist, dürfte auch den Unterschied in der Urtheilsschärfe des hoch- und minderbegabten Menschen theilweise erklären. Der in vielen Fällen nachgewiesene Unterschied in der Grösse und in dem Gewichte des Gehirnes ist kein durchgreifender und selbst wenige Ausnahmen zwingen dazu, die ungleiche Leistungsfähigkeit in anderen Momenten zu suchen. Man muss vielmehr die Unterschiede in einer ab origine bestehenden individuellen Differenz der Functionsenergie der Ganglienzellen suchen, vermöge welcher die anlangenden Impulse bei dem Einen stärker, bei dem Anderen schwächer verarbeitet werden.

Auch die differente Thätigkeit zwischen dem Hirne eines Thieres und dem der Menschen dürfte ausser dem bekannten Unterschiede in der Rindenausbreitung auch auf einer Verschiedenheit in der Functionsenergie der Zelle selbst beruhen.

Wenn wir bei Paranoia inventoria, wie oben ausgeführt, neben originellen Combinationen einen hochgradigen Mangel im weiteren Ausbau dieser Ideen vorfinden, so dürfte auch dies auf einer individuellen, functionellen Schwäche der Ganglienzellen selbst beruhen, und nicht auf Mangel an Associationen. Gerade die Combination ganz entlegener Vorstellungen mit einer überraschenden Originalität wird hier angetroffen, also an Associationen kann es nicht fehlen.

Vielmehr muss eine baldige Ermüdung in der Function der Zelle als Ursache angesehen werden.

Es sind daher solche Individuen zu einer systematischen

Digitized by Google

Forschung ungeeignet, nur vereinzelte Blitzstrahlen, „momentane Eingebungen“ erhellen dann und wann das Dunkel ihres Geisteslebens. Ein Analogon dieses psychischen Zustandes finden wir bei hereditär Veranlagten als Neurasthenia constitutionalis in der motorischen Sphäre. Kehren wir nach dieser Abschweifung zur Paral. progr. zurück. Die erwähnte Nutritionsstörung der Ganglienzellen muss sich nicht immer äussern in derselben Form, nämlich mit einem Erhaltenbleiben der Vorstellungen, die jedoch an Klarheit und gegenseitiger Beziehung einbüssen. Bei gesteigerter Ernährungsstörung kann ja auch der Rest der noch erhaltenen Function schwinden. Es können Dämmerungszustände mit hochgradiger Verwirrtheit, Desorientirtheit, ja die höchste Stufe von Demenz mit vollständiger geistiger Stagnation die Folge sein. Also auch die Demenz in der Paralyse muss nicht immer auf einer totalen Vernichtung der Ganglienzellen beruhen. Auch bei der Demenz können deshalb Remissionen mit zeitweiliger relativer Klarheit sich einstellen. Thatsächlich nimmt man bei näherer Beobachtung auch bei der sogenannten dementen Form der Paralyse sehr oft zeitweilige Aufhellungen des Bewusstseins wahr. Ja wir möchten den Verlauf mit Remissionen als geradezu für den subacut verlaufenden Entzündungsprozess bei Paral. progr. als charakteristisch bezeichnen.

Die bei dementen Formen vorkommenden Remissionen werden deshalb leichter übersehen, weil sie gegen den früheren Zustand nicht so sehr abstechen, wie die Remissionen im Verlaufe der klassischen Form. Dass, abgesehen von wirklicher Demenz, die entweder auf diffuser Atrophie oder, wie eben erwähnt, nur auf Ernährungsstörung der Ganglien beruht, auch nur eine scheinbare Demenz vorkommt, welche dann durch eine Herdaffection, nämlich des Sprachcentrums und des vorderen Theiles des Schläfelappens bedingt ist, soll nur nebenbei Erwähnung finden. Sehr lehrreich ist eine Beobachtung von *v. Krafft-Ebing,* die sich unter den Krankengeschichten fand. Bei einem Paralytiker setzte bedeutende Demenz sehr rapid ein, hielt durch Monate an, hierauf Besserung, — aber mit zunehmender Klarheit tritt zum ersten Male Grössenwahn auf. Offenbar war hier die Demenz durch beträchtliche Ernährungsstörung der Ganglien bedingt und bei Besserung der Ernährungsverhältnisse, die aber noch immer nicht das normale Maass

Digitized by Google

erreichten, trat an Stelle der Verblödung, als Symptom einer geringeren Läsion, der Grössenwahn auf.

Dass Grössenwahn durch hochgradige amnestische Aphasie nicht zu einer floriden Entwickelung gelangen kann, dürfte von vornherein als begründet angesehen werden. Ein amnestisch Aphasischer, mag er auch sonst alle Bedingungen, die einen Grössenwahn zu schaffen geeignet sind, in sich tragen, wird hie und da wohl eine kleine Rangerhöhung erhalten, oder ein kleines Loos gewonnen zu haben vorgeben; aber für einen weiteren Ausbau fehlt es ihm an Elementen. Es wäre also wohl möglich, dass auch nach einer scheinbaren Demenz der Grössenwahn erst viel später mit Besserung der Sprache und mit Besserung des Verständnisses derselben eintrete. Thatsächlich sind auch für die amnestische Aphasie und Worttaubheit Remissionen mit beträchtlichem Schwinden der Krankheitserscheinungen zu beobachten.

Für die Natur der Remission geben uns auch manche klinische Erfahrungen einen wichtigen Fingerzeig, der sich mit den bekannten pathologisch-anatomischen Befunden vollständig deckt. In Krankengeschichte I sehen wir einen lange anhaltenden Grössenwahn mit dem Ueberstehen einer Pneumonie (Influenza) ganz allmälig verschwinden. Man konnte bei dem Patienten ein allmäliges Wiedereintreten des Gedächtnisses bemerken. Die Vorstellungen wurden immer klarer. Fälle, in denen fieberhafte Krankheiten eine Remission mit Aufhören des Grössenwahnes bei Paralyse progr. herbeigeführt haben, sind auch von anderen Beobachtern berichtet.

Auffallend ist es, dass unter den Krankengeschichten von *Mendel* (Paral. progr.) eine sich findet, bei der ebenfalls auf Fieber nach Decubitus ganz langsam sich eine Remission einstellte, ohne dass ein so hervorragender Beobachter, wie der Autor, die Besserung des psychischen Verhaltens mit dem durchgemachten Fieber in Zusammenhang bringt. Es zeigt uns dies deutlich, wie häufig Remissionen auf zufällig hinzugetretene fieberhafte Krankheiten folgen mögen, ohne dass der ursächliche Zusammenhang zwischen letzteren und ersteren erkannt wird. Und doch verhält es sich so! Prof. *Gärtner* und Dr. *Römer* (Wien. klin. Wochenschrift, Jahrg. 1892 No. 2 pag. 22) haben nachgewiesen, dass Injectionen mit Bakterienextracten constant eine sehr bedeutende Beschleunigung

Digitized by Google

des Lymphstromes, die mit gekochten Stoffwechselproducten mitunter eine geringe Steigerung des Lymphstromes zur Folge haben. In ähnlicher Weise können wir uns die Wirkung des Fiebers in Fällen von Remission bei Paralys. progr. vorstellen. Die fieberhaften Krankheiten, in deren Verlauf Remissionen bei Paral. progr. berichtet wurden, sind durch Mikroorganismen hervorgerufen. Es wird dadurch der Lymphstrom im Allgemeinen und speciell auch der im Hirne gesteigert. In den Lymphräumen des Hirnes wird der Druck wachsen und die für den Abfluss vorhandenen Hindernisse werden überwunden. Mit dem rascheren und stärkeren Lymphstrome wird auch die Ernährung der Ganglien eine bessere. Doch wäre es unberechtigt, daraus zu folgern, dass der fieberhafte Process den Verlauf der progr. Paral. günstig beeinflusse. Abgesehen von der vorübergehenden Remission kann der fieberhafte Process durch Schwächung des Organismus der fortschreitenden Gefässalteration und in Folge dessen der Krankheit selbst Vorschub leisten.

IV. Euphorie.

Nach ***Meynert*** ist die Euphorie als Quelle des Grössenwahnes gleich zu setzen einer Manie, und „in Fällen, wo die progr. Paral. gar nicht mit Manie sich complicirt, als ein Vernachlässigen der Krankheitssymptome, die nur auf Befragen, auf Mahnung einbekannt werden, eine relative Euphorie gleichwerthig mit deren manischer Gestaltung". ***Kraepelin*** (Psych., III. Aufl. S. 495) drückt sich nicht ganz bestimmt aus über das Verhältniss der Euphorie zum Grössenwahn. „Dabei zeigt die Färbung der Stimmung einen durchgehenden Parallelismus mit dem Inhalte der Wahnideen, vielleicht weil dieser letztere wesentlich durch jene bestimmt wird."

Die Beobachtung lehrt, dass allerdings Grössenideen mit einer depressiven Stimmung unverträglich sind. Aber auch im normalen und physiologischen Zustand erscheinen uns oft berechtigte Hoffnungen als nichtig und hinfällig, ja auch wirklicher Besitz verliert an Werth und Reiz, wenn wir uns durch hinzugefügte Beleidigung oder durch unerwarteten Schicksalsschlag in gedrückter Stimmung befinden. Dasselbe geschieht bei anhaltender Depression des Paralytikers. Daraus folgt aber nicht, dass die Euphorie, wenn man unter derselben nicht schon den Mangel an Krankheitseinsicht, sondern die heitere Stimmung versteht, dem Grössen-

Digitized by Google

wahn vorangehen und den Ausbau des Letzteren befördern müsste.

Unter den Krankengeschichten *v. Krafft-Ebing's* fanden wir einige, bei denen trotz bestehenden Grössenwahnes die Stimmung ausdrücklich als indifferent angegeben ist. Wir sehen somit, dass für den Grössenwahn eine heitere Gemüthsfärbung nicht erforderlich ist. Und was die relative Euphorie *Meynert's* betrifft, so möchten wir nur darauf verweisen, dass auch in depressiven Formen beim Bestehen von Krankheitsgefühl für eingebildete Leiden jede Einsicht für die wirklich bestehende schwere Störung fehlt. Die Ursache der so häufig mangelnden Krankheitseinsicht darf man nicht in einer beginnenden Manie suchen. Wir wollen nur auf die treffliche Bemerkung *Kraepelin's* (l. c. 494) verweisen: „Die Kranken fühlen sich häufiger gesünder als jemals, oder bemerken wenigstens nicht, dass ihre ganze geistige Kraft völlig gebrochen ist, eben weil ihnen die Fähigkeit verloren gegangen ist, ihren jetzigen Zustand mit demjenigen in längst vergessenen gesunden Tagen zu vergleichen".

Der geistige Niedergang eines Menschen auf der Höhe seiner Thätigkeit, dem der tägliche Kampf um das Dasein die seinem Ich gezogenen Grenzen immerfort in Erinnerung brachte, bewirkt es, dass der Schwerkranke von einem Alp sich befreit wähnt. Unfähig, im socialen Leben mitzuwirken, nehmen die bisherigen gehäuften Anforderungen an ihn ein Ende. Er fühlt sich deshalb erleichtert, „er ist kräftiger, gesunder, denkt besser als je zuvor". Durch den Grössenwahn, durch vermeintliches grosses Glück kann die sorglose, zufriedene Stimmung zu einer ausgelassen heiteren werden. Unsere Ansicht über Euphorie würde also dahin lauten: Der Mangel an Krankheitseinsicht ist Folge von Demenz. Das Gefühl gesteigerten Wohlbehagens ist theils ebenfalls Folge mangelnder Krankheitseinsicht, theils ist es veranlasst durch das Fernrücken vom Schauplatz des bis nun hart geführten Lebenskampfes[1]). Die Entzückungsgefühle wurzeln im excessiven Grössenwahne. Man könnte einwenden, dass man nicht selten auch joviale Stimmung bei Paralytikern ohne entsprechend entwickelten Grössenwahn findet. Allein soweit unsere Erfahrung reicht, fanden wir joviale Stimmung

[1]) Letzterer Umstand erklärt, weshalb oft bei Paralyse ohne Grössenwahn die Euphorie grösser ist als bei Verblödung aus anderen Ursachen, welche ihre Opfer nicht auf der Höhe des Lebens fordert.

Digitized by Google

ohne Grössenwahn nur in den Zustandsphasen, die das complete klinische Bild einer Manie repräsentirten, es war zugleich ein gesteigerter Bewegungsdrang, auch ein Jagen von Ideen zu bemerken. Uebrigens kommt stark gehobenes Selbstgefühl auch habituell bei gewissen Formen von Paranoia ohne Verfolgungswahn vor, in welchem letzteren Falle nicht die Erklärung *Meynert*'s (l. c. 144) zulässig ist, welcher zufolge es aus dem Aufsichbeziehen im Verfolgungswahne hervorgegangen ist, weil bei diesem ein Verfolgungswahn nie bestand. Es geht gewiss nicht an, diesem gehobenen Selbstgefühl eine permanente Hyperämie der Rinde zu unterlegen.

Einige Bemerkungen über den Grössenwahn.

1) System. Fast alle Autoren sprechen diesem Wahne jedes System ab. Thatsächlich muss man zugeben, dass die Zerfahrenheit charakteristisch für den paralytischen Grössenwahn ist. Aber demselben jedes System abzusprechen, sind wir nicht geneigt. Der Gott oder Obergott lebt und webt monatelang bis zur eintretenden völligen Umnachtung oder bis zur Remission in einem Schaffenseifer oder einer Verbesserungssucht. Der mit unermesslichen, vermeintlichen Reichthümern gesegnete Architekt möchte fortwährend mit grossen Bauten sein Vaterland oder auch die ganze Erde überziehen. Durch die hohen Verdienste in seinem Berufe sehen wir ihn immer weiter avanciren, die höchsten vermeintlich erlangten Würden werden festgehalten und nur manche kleine Titel werden oft gewechselt und je nach Laune vorgebracht. Besonders sind es die durch Suggestion inducirten Ideen, die den Rest von System zu durchkreuzen geeignet sind. Sieht man aber von diesen momentanen Eingebungen ab, so wird man in den meisten Fällen doch ein, wenn auch im Gegensatz zu Paranoia überall bedeutenden Schwachsinn verrathendes System, welches einen allmäligen Aufbau (von Projecten) zeigt, wahrnehmen können.

Auch in Fällen, in denen eine excessive Grössenidee scheinbar unvermittelt auftrat, wird man bei genauerer Erhebung oft eine allmälige Heranbildung nachweisen können. Ein Schiffskapitän unserer Beobachtung wurde in die Klinik gebracht mit der Angabe, es sei bei ihm plötzlich der Grössenwahn entstanden, demzufolge er Conferenzen mit Fürstin M. abhalte; er werde ihr ein grosses Monument setzen, wofür er vom Kaiser grosse Belohnung

Digitized by Google

erhalte. Die Anamnese ergab, dass Pat. beim öfteren Besuchen einer technischen Ausstellung auf den Neubau eines Schiffes mittelst Actiengesellschaft verfiel. Bei der Taufe sollte dieses Schiff den Namen der bekannten Protectorin erwähnter Fachausstellung erhalten, wozu er ihre Einwilligung einholen wollte. Diese Aeusserungen waren der Umgebung gar nicht als krankhaft aufgefallen. Bekannte Capitalisten, an die er sich um Betheiligung gewandt hatte, lehnten dieselbe nicht ab, sondern verlangten Bedenkzeit, während er mit krankhafter Hast die Durchführung seines Projectes forderte.

Unzweifelhaft trug schon der erste Vorschlag die Merkmale von Schwachsinn an sich, und nur sein bisheriges Ansehen und das ihm entgegengebrachte Vertrauen, die ein näheres Eingehen auf seine Projecte als überflüssig erscheinen liessen, machten denselben nicht bemerkbar. Wenn *Mendel* („Paral. prog." p. 8) beim Grössenwahn bemerkt „häufig schlägt die Stimmung plötzlich um, der Kranke wird weinerlich, wundert sich, wie er zu all' dem „Unsinn (id est Grössenwahn) gekommen sei"", so ist ja die Beobachtung nicht in Zweifel zu ziehen. Nur möchten wir dieselbe, als auf bestimmte Zustände passend, einschränken. Ein beträchtlicher, selbstproducirter Grössenwahn (vom suggerirten haben wir oben gesprochen) setzt eine so tiefe und vermöge des allmäligen Aufbaues, auch eine geraume Zeit (von Tagen bis Wochen und Monaten) dauernde Urtheilsschwäche voraus, dass ein vollkommen klares Intervall ein reiner Deus ex machina wäre.

Wohl kommt es aber vor, dass nach einer Remission des Grössenwahnes schon geringfügige sich wieder einstellende Schwächezustände eine Verwechslung der Wirklichkeit mit der einst im Grössenwahn vom Patienten producirten subjectiven Welt herbeiführen. Durch eine leichte Aufklärung seitens des Arztes, durch Wachrufen von Zuständen der Wirklichkeit oder durch anhaltendes Befragen kann der Kampf zwischen auftretenden Erinnerungen von wirklichen Erlebnissen und solchen von erdichteten Begebenheiten zu Gunsten der ersteren entschieden werden (vide Krankengesch. 1).

2) ad Paralyse bei Frauen. Dass bei Frauen der Grössenwahn oft eine erotische Färbung annimmt, ist bekannt. Hinzufügen möchten wir noch, dass wir unter den Krankengeschichten von *v. Krafft-Ebing* und auch in der Literatur mehrere Fälle von Frauenparalyse fanden, in denen die Krankheit mit bedeutender

Digitized by Google

Demenz einsetzte, und erst nach Verlauf von einigen Monaten ohne irgendwelche Besserung der Demenz der charakteristische Grössenwahn von Heirath mit einem Grafen u. dgl. auftrat. Offenbar war es die während der Internirung in der Anstalt nicht erfüllte Libido sexualis, die in diesen Fällen den Anstoss zur Ausbildung des Grössenwahns gab.

Zum Schluss wollen wir noch einige Bemerkungen über die depressive Form machen.

Kraepelin (l. c. 509) sagt: „ihren Ausgangspunkt nimmt die psychische Depression häufig von dem Krankheitsgefühle des Prodromalstadiums, welches im Uebrigen die gleichen, schon geschilderten Symptome einer allmälig fortschreitenden Schwäche des Gedächtnisses und der Intelligenz, einer erhöhten momentanen Reizbarkeit darbietet. Es sind daher zumeist hypochondrische Ideen, in denen sich die Verstimmung der Kranken ausdrückt. Allmälig gewinnen die Klagen der Kranken einen groteskeren Inhalt.“ ***Kraepelin*** leitet also die Depression, mit Ausnahme des Verfolgungswahnes, der auch von ihm auf Hallucinationen zurückgeführt wird, von durch Reizbarkeit und Intelligenzstörung begünstigter Uebertreibung der vorhandenen Krankheitsgefühle ab. „Alle diese mikromanischen Vorstellungen versetzen den Kranken in lebhaftes Unbehagen und vermögen sein Benehmen oft lange Zeit zu beeinflussen“ heisst es p. 510. Also auch die unangenehmen Sensationen sind erst Folge der Uebertreibung.

Dass ***Meynert*** die Depression auf Reizungen durch Atrophie des Hirnstammes zurückführt, ist bereits (Cap. III) erwähnt.

Schüle sagt (Klinische Psychiatrie p. 344): „Dem expansiven Grössenwahn steht ein depressiver, dem positiven ein nihilistischer gegenüber, ebenso schrankenlos in der Form, ebenso ungeheuerlich in phantastischer Uebertreibung, in gewissen Fällen aber insofern realer, als er sich häufiger auf hypochondrische Sensationen aufbaut.“ ***Schüle*** nimmt also neben wirklichen Reizerscheinungen auch blosse Uebertreibung als Quelle der Aeusserungen in der Depression an. Nach unserer Ansicht sind die Quellen für depressive Aeusserungen in verschiedenen Ursachen zu suchen. Eine leichte Kränkung, das Abschlagen eines innig gehegten Wunsches kann tiefe Niedergeschlagenheit hervorrufen. Die Stimmung ist auch im normalen Zustande keine constante Grösse, und auf

Digitized by Google

eine irrelevante Aeusserung hin macht oft genug ein gehobenes Selbstgefühl einer Depression Platz. Für dieses Umschlagen der Stimmung sind bei Paralytikern schon geringfügige Veranlassungen maassgebend. Dasselbe wird auch verursacht durch allerhand sich geltend machende neurasthenische Beschwerden. Kopfschmerz, Intercostalschmerz etc. werden oft in übertriebenster Weise geschildert. Wir haben Fälle gesehen, in denen trotz maassloser Auftragung von eingebildeten, schweren somatischen Gebrechen gleichzeitig die Grössenideen, nach denen wir forschten, ohne dieselben zu induciren, in ihrer ganzen Fülle nach wie vor bestehen blieben.

Auch ***Mendel*** (l. c. 109) erwähnt Fälle, in denen mit den Grössenideen gleichzeitig hypochondrische Ideen aufgetreten sind. Einer unserer Patienten klagt eines Tages über Stuhlverhaltung, schon seit 8 Tagen leide er an Obstipation, man möge ihm rasch ein Klysma geben, er fürchte an Darmverschluss sterben zu müssen, bleibt aber dabei derselbe reiche Mann wie vor Tagen, preist auch seinen kräftigen Körperbau etc. (s. auch Krankengesch. 4). Diese Fälle illustriren am Besten das Entstehen der Wahnideen überhaupt bei Paralyse. Alles ist auf Mangel an richtiger Correlationsbeurtheilung zurückzuführen.

Machen sich nun Krankheitsgefühle nur dann und wann geltend, so wird hauptsächlich der Grössenwahn zum Ausbau kommen, während maasslose Uebertreibungen depressiver Natur nur sporadisch auftreten. Wir finden also in dem Einschalten von depressiven Aeusserungen nicht die Bedeutung, die ihr ***Schüle*** (l. c. 345) zu geben geneigt ist. „Bemerkenswerth, und ein richtiger Beleg für die unreflectirte (organische) Entstehung dieser Stimmungs- und Bewusstseinslagen ist der rasche Umschlag der expansiven in die depressive Phase."

Dass ***Schüle*** (p. 364) bemerkt „im Verlaufe (der hypoch. Form) schieben sich einzelne Züge von paralytischem Grössenwahn ein, bleiben aber den hypochondrischen gegenüber viel maassvoller" ist wieder nur ein Beleg für die allmälige Entwicklung des Grössenwahnes.

Kehren wir zu den Ursachen der Depression zurück, so führen wir als zweite Quelle centrale Reizerscheinungen an. Durch diese Reize nehmen die echten hypochondrischen Wahnideen ihren

Digitized by Google

Ursprung. Ohne dass überhaupt das Organ erkrankt ist, werden vermöge centraler Sensationen allerlei Erkrankungen eingebildet.

Als dritte Quelle möchten wir die Erschöpfung und die Ermüdung des Centralnervensystems bezeichnen. Die Eindrücke der Aussenwelt sind dann von Unlustgefühlen begleitet, jede Wahrnehmung verursacht einen psychischen Schmerz. Die Kranken suchen deshalb die Ursache ihrer Unlustgefühle von sich fernzuhalten, sie verschliessen sich der Aussenwelt. Sie verfallen einem Nihilismus „Die Welt existirt nicht mehr, ich bin todt und liege im Grabe etc.“ Eine schmerzhafte Betonung bei der Apperception von äusseren Eindrücken hat man nicht selten Gelegenheit auch bei geistig Normalen nach anhaltender Anstrengung, wenn auch nur für kurze Zeit, zu beobachten. *Kraepelin* (l. c. 511) sagt: „Bei der durch Hallucinationen entstandenen Form der depressiven Paralyse pflegt die Stimmung der Kranken noch stärker in Mitleidenschaft gezogen zu werden, als beim hypochondrischen Wahn.“ Dies ist erklärlich, da die Täuschungen der Sinnesorgane immer einen tieferen Eindruck hervorzubringen geeignet sind, als anderweitige Reizzustände. Doch möchten wir uns nicht einverstanden erklären mit der Bemerkung desselben Autors (l. c. 510), wonach alle Sensationen bei der hypochondrischen Paralyse erst secundär entstünden.

Krankengeschichte I.

G. E., 42 Jahre alt, Architekt, wurde am 11. Juli 1891 in die Klinik der N.-Oesterr. L.-I.-Anstalt aufgenommen. Anamnese ergab Folgendes: Pat. sei hereditär nicht belastet, als Kind keine Fraisen, wenig Kinderkrankheiten. Gute geistige Entwickelung, von jeher aufgeregt, reizbar. Vor 20 Jahren Lues, seit 17 Jahren lebt er in guter Ehe. Von 7 Kindern lebt nur das dritte und ist gesund, Frühgeburt nur beim siebenten. Seit mindestens 10 Jahren sei Pat. übermässig geistig angestrengt gewesen.

Im Jahre 1889 machte er durch: Influenza, seitdem sei bei ihm eine hochgradig gesteigerte Reizbarkeit bemerkbar. Im April 1890 stellten sich ein: Mattigkeit, Arbeitsunlust, Gedächtniss- und Denkschwäche. Diese Beschwerden nahmen nach 6 Wochen wieder ab. Hierauf abermalige angestrengte Thätigkeit im Geschäft, er musste auch Nachtarbeit verrichten, dabei war die Bezahlung schlecht, und Pat. war von Sorgen geplagt. Im Mai 1891 giebt er seinen Posten auf, den er als unerträglich bezeichnet, ohne einen anderen in Aussicht zu haben. Von da ab ist er brodlos. Seit Anfang Juli ist er aufgeregt, macht grosse Pläne, war aber der Umgebung noch nicht auffällig geworden.

Am 6. Juli wird er arretirt, weil er, an einem Getreidefeld vorüber-

Digitized by Google

gehend, Aehren in sein Taschentuch pflückt. Er wird sofort in Haft behalten und zu 3 Tagen Arrest verurtheilt. Am vierten Tag, id est 10. Juli, wird er im Zustande floriden Grössenwahnes nach Hause escortirt, und Tags darauf der Irrenanstalt zugeführt. Bei der Aufnahme ist er örtlich orientirt, zeitlich nur mangelhaft. Stimmung euphorisch, megalomanische Aeusserungen. Zeitweise gereizt, verlangt Entlassung, damit er seine colossalen Geschäfte draussen abwickeln kann. Dazwischen klagt er über Impotenz, ergeht sich in cynischen Erörterungen. In den nächsten Tagen Steigerung seiner Grössenideen. „Er sei pensionirter Feldzeugmeister, werde die Kronprinzessin St. heirathen und vom Kaiser adoptirt werden.“ „Der Kaiser werde zu seinen Gunsten abdanken, er selbst behalte nur für einen Tag die Kaiserwürde, da er sich sofort pensioniren zu lassen gedenke.“ Schlaf gestört, auf Sulfonal nicht erquicklich.

Stat. som. Mittelgross, gracil gebaut, Musculatur wenig entwickelt. Ernährung sehr reducirt. Miene fatuös, rechte Nasolabialfalte verstrichen. Pupille eng (2 mm), starr auf Licht. Patellarreflex rechts nicht, links lebhaft. Geringer Tremor der Extremitäten und der Zunge. Puls 100, klein, regelmässig, etwas tard. Schädel ohne Difformität, Umfang 57 cm. Innere Organe ohne pathologischen Befund. Am Dors. penis eine etwa linsengrosse, weissglänzende Narbe, nicht indurirt, leicht verschieblich, einige Leistendrüsen indurirt, links eine indurirte Cubitaldrüse, am Nacken keine infiltrirten Drüsen zu finden.

Sein Grössenwahn und seine Euphorie nimmt immer zu, er erzählt von seinem colossalen Vermögen. 28. October. „Er habe 84 Zimmer, voll mit Geld angefüllt. Sein Vermögen sei durch eine Zahl mit 67970 Ziffern ausdrückbar, bald aber werde die Zahl 500000stellig sein, da ja aus den Zinsen das Vermögen sich fortwährend mehre.“ Als seine Besitzthümer führt er alle Güter von Nieder-Oesterreich, Mähren u. s. w., von allen Staaten Europas an, endlich alle Continente. In allen Städten der Erde besitze er Tausende von Häusern. Hauptsächlich sind es grosse Bauprojecte, die ihn beschäftigen, Projecte für Einwölbung des Wienflusses, welche an Billigkeit alle Concurrenz übertreffen. „Demnächst werden die Meere überwölbt.“ Silbenstolpern nur ab und zu beobachtet, motorische Störungen geringfügig. Der weitere Verlauf ist bei ihm ein gleichmässiger. „Er sei der einzige Contrahent der Wiener Commune für Bausachen, habe Erzherzogsrang erhalten.“ Dann und wann legt er sich auch anderweitige Attribute bei, die aber nur gelegentlich, wenn er darauf zu sprechen kommt, geäussert werden (Präsident des Abgeordnetenhauses, Chemiker, Doctor etc.). Nur selten äussert er den Wunsch, die Anstalt verlassen zu dürfen, „er halte sich hier in der Irrenanstalt nur freiwillig behufs Ankaufes des Hauses auf. Der Verkauf sei bereits abgeschlossen um 33 Millionen. Er kaufe überhaupt alle Spitäler und Kasernen auf, um dieselben ausserhalb der Stadt zu verlegen. Sein Gedächtniss liegt sehr darnieder, er erinnert sich an keine Versprechung. Er giebt vor, jeden Abend zu

Digitized by Google

Hause bei seiner Familie zuzubringen, auch untertags habe er freien Ausgang. Für die klinische Demonstration, die er für eine Gemeinderathssitzung zu halten sich bereden lässt, arbeitet er einen Kostenüberschlag behufs Wienflusseinwölbung und Thalbahn mit elektrischem Betriebe aus. Die nöthige Summe erreicht nicht einmal 200 000 Fl. In dem äusserlich noch ziemlich befriedigend aussehenden Kostenüberschlag findet man bei näherer Betrachtung grosse Rechnungsfehler, bei den Multiplicationen vergisst er ein und zwei Nullen als Zahlstellen, bei dem minutiösen Aufzählen von Geräthen werden wichtige Materialien und Arbeiterlohn ganz vergessen. Das Addiren von zwei- und dreizahligen Summanden gelingt prompt und sehr rasch, bei grösseren Additionen macht er grosse Fehler. Eine Gleichung zu lösen ist er gar nicht fähig. Auch bei diesem tiefen Verfalle bewahrt der einst geistig hochgestellte Mann seinen Mitpatienten gegenüber einen gewissen Fonds geistiger Thätigkeit. Auf die Frage, wie er seine Milliarden zähle, antwortet er rasch „ganz einfach, je 100 000 Fl. sind zu einem kleinen Packet mit Kreuzband versehen, und je 100 solcher zu einem grösseren." Und derartige Spuren eines geistigen Lebens zeigt Pat. oft durch verschiedene Aeusserungen. Schlaf meist gut. So dauert dieser Zustand bis Januar 1892. Am 2. Januar 1892 stellt sich Prostration, Temperatursteigerung, die einmal sogar 40,5 erreicht, mit zeitweiliger Diarrhoe ein. Die Fiebercurve ist die einer Continua remittens mit raschem Anstieg und raschem Abfall am 10. Januar Morgens. (Am 11. abermalige geringe Steigerung des Fiebers, um am 12. zur Norm zurückzukehren.) In der ganzen linken Lunge sind Symptome einer (pneumonischen) Infiltration nachweisbar, auch im Sputum Blutspuren. Am 9. Januar Sprachstörung von Viertelstunde Dauer, nur einzelne Worte können hervorgebracht werden, um den Mund herum Zuckungen vorhanden, die eine halbe Stunde anhalten. Am 10. Januar beginnt die Dämpfung sich aufzuhellen und nur entsprechend der Mitte der Scapula ist noch bronchiales Athmen zu hören. Während dieser fieberhaften Krankheit will er sich wohl befinden und klagt nur über mangelhafte Kost. Die gemachte Bemerkung, er huste, lässt er nicht gelten (er hustete einige Male, wenn auch nicht intensiv). Am 20. Januar befindet er sich noch zu Bette, stellt jede durchgemachte Krankheit in Abrede, doch ist bemerkenswerth, dass er im Gegensatze zu früher nunmehr schon 14 Tage nicht zu Hause gewesen sein will. Sonst bleibt der Grössenwahn noch immer so excessiv wie zuvor. Als er deshalb in die frühere Abtheilung zurückgebracht wird, erinnert er sich an die Zelle, wo Anfangs Januar 1892 beim Ausbruch der Krankheit sein Bett sich befand. Bald darauf legt er, was bis dahin nie der Fall war, die Anstaltskleider ab und verlangt seine eigenen. Am 2. Februar will er noch immer unermessliche Reichthümer besitzen, dringt aber in viel heftigerer Weise als je zuvor auf seine Entlassung, allerdings noch mit einer Begründung, die aus seinem Grössenwahn entnommen ist. Er erzählt, er habe sich wohl aus freien Stücken wegen der erforderlichen

Digitized by Google

Ruhe im August 1891 hierher in die Anstalt begeben, er sei aber seit damals daselbst zurückgehalten worden und bekomme nur in Begleitung eines Wärters Ausgang. „Er sei jetzt wegen seiner Internirung sehr ärgerlich." In seinen Aeusserungen finden sich Bemerkungen und Gedanken, die mit den bisherigen sehr contrastiren.

Unter Anderem: auf seinen Schiffen, die er übertrieben schildert, befänden sich Cabinen, die gegen die Seekrankheit schützen. Dieselben wären derart eingerichtet, dass an den Wänden jederseits eine Rolle angebracht sei, und an dieser seien wie an einem Charnier doppelte Wände und Böden der Cabine befestigt, es schwebe daher das Innere der Cabine frei im Schiffsraume und vermöge der eigenen Schwere würde es immer nach abwärts unabhängig von den Schwankungen des Schiffes gezogen. Das Kritiküben an Mitpatienten (eine häufige Erscheinung bei Paralyse) geschieht heute in auffallend motivirter und sachgemäss begründeter Weise.

Als ihm von einem Mitpatienten, den er für vernünftig ansieht, erzählt wird, derselbe wolle für die Arbeiter eintreten und das Capital bekämpfen, meint er: „dann ist er wirklich ein Narr, um solche Meinung zu verbreiten, muss man bei Trinkgelagen um Anhänger werben, dazu habe aber derselbe nicht die Mittel, da, wie er selbst erzählt, seine Frau täglich ein anderes Geräth versetzen muss, auch wird ihm ja die Polizei das Handwerk legen." Erzherzog will er noch immer sein, und zwar habe er die Würde erhalten, weil er alle Staatsschulden zu tilgen versprochen habe. Die Polygamie und das Heirathen der Prinzessin St. neben seiner Frau hat er heute vergessen.

Wir waren nun in bestimmter Erwartung einer sich bald einstellenden tiefen Remission, trotz des noch hochgradig bestehenden Grössenwahnes. Am 3. Februar Abends erklärte er beim Hereinkommen auf unser Zimmer, er sei kein Herzog, kein vielfacher Millionär, er habe im Narrenhause simulirt, thatsächlich sei er blos Architekt, der selbständig als Baumeister arbeiten möchte. Als er hierauf an seine Versprechungen, für 199 000 Fl. die Wien zu überwölben und längst der Donau eine Dampftramway anzulegen, bei denen der Gemeinderath (Vorlesung) zugegen war, erinnert wird, bleibt er ganz verlegen, „dies war der Gemeinderath!", besinnt sich aber bald „er könne doch die nöthigen, bei diesem misslichen Unternehmen zu ersetzenden Summen bei Bekannten finden. Uebrigens, eine Million zu ersetzen, sei ihm doch möglich, da er 24 Millionen wirklich besitze." Sein Gedächtniss gewinnt an Treue. Er erinnert sich an die Lage der Aufnahmskanzlei im Hause, obwohl er dieselbe seit der Aufnahme nicht gesehen hat. Seine Intelligenz muss aber dennoch als mangelhaft bezeichnet werden. So erklärt er, seine Frau könnte, weil er sie durchgeprügelt hätte, seine Internirung veranlasst haben, weshalb er bald um Ehescheidung ansuchen werde. 4. Februar. Giebt zu, bis jetzt ein Narr gewesen zu sein, Zweifel an der Richtigkeit seiner Würden und Reichthümer seien ihm in den letzten 8 Tagen aufgestiegen, er habe auch

Digitized by Google

die entsprechenden Decrete vermisst, doch habe er die Zweifel zurückgewiesen; seit gestern aber seien dieselben stärker geworden. Er weiss, dass er kein reicher Mann ist. Er corrigirt vollständig seine Vorschläge betreffs der Stadtbahn „es kann doch nicht hier der Gemeinderath versammelt gewesen sein, ich habe die mir Bekannten nicht gesehen, vor Allem nicht den Bürgermeister. Der Gemeinderath würde mich in das Rathhaus in's Bureau für Bausachen eingeladen haben." Aber auch heute sind noch viele Wahnideen nicht corrigirt. Er behauptet noch 19 Sprachen zu sprechen, als er auf seine Liebhaberei für Bücher zu reden kommt. Die Wohnung seiner Frau giebt er noch immer als in einem Palais sich befindend an, erinnert sich aber an seine frühere Wohnung in einem Vororte vor Einbringung in die Anstalt. 8. Februar. Vorgebrachte Grössenideen sind bereits alle corrigirt, doch ist das Selbstgefühl noch immer gehoben. Er plant noch als Techniker mit Hilfe reicher Capitalisten jetzt selbständiger Unternehmer zu werden. Auch die Vergangenheit wird in dieser Richtung gefälscht, indem er bei vielen Bahnarbeiten als wichtiger Leiter derselben thätig gewesen zu sein vorgiebt. Betreffs seines Avancements beim Militär giebt er heute an, es bis zum Rechnungfeldwebel gebracht zu haben. Auf die Frage, ob nur Rechnungsfeldwebel (früher hatte er auch diesbezüglich die Vergangenheit stark gefälscht), muss er eine ziemlich geraume Zeit unter Anspannung seiner Erinnerungskraft darüber nachdenken, um schliesslich zu antworten: „Ja, nur Rechnungsfeldwebel". Am 13. Februar äussert er wieder Grössenideen, er besitze 24 Millionen, habe 50 Paar Pferde. Am 14. Februar auch in unserer Gegenwart Aeusserungen von Grössenwahn, schildert seine grossen Bergwerke etc. Wir überhäuften ihn dabei mit Fragen, die theils den Ursprung dieses Vermögens, theils die Incongruenz solcher Reichthümer mit seiner thatsächlichen Lebensweise betrafen. Bei diesem Examiniren wird er plötzlich in hohem Grade aufgeregt: „wenn Sie ja wissen wollen, ich besitze nichts, bin jetzt auf Unterstützung der Mutter angewiesen; ich sagte dies Alles, um die Patienten zu täuschen, und, daran gewöhnt, that ich es auch den Aerzten gegenüber". Allein die Lebhaftigkeit, mit der er seinen Besitz schilderte, und die Erregung, die dem Bekenntnisse voranging, machen es unzweifelhaft, dass die Aeusserungen dieses excessiven Grössenwahnes nicht beabsichtigt, sondern die Folge einer Selbsttäuschung waren. Eine aufgegebene Gleichung löst er richtig und prompt.

7. März. Pat. urtheilt besonnen über seine Situation. Erwartungen sind bescheiden. Handfertigkeiten (Zeichnen, Coloriren) lassen keinen Defect erkennen. Beim Sprechen und Vorlesen nur leichtes Versprechen, kein Silbenstolpern, leichter Tremor der ausgestreckten Extremitäten, kaum merklicher in der Zunge, Pupille links zeigt träge Reaction, rechts nichts, beide 2 mm weit. Patellarreflex links bei Anwendung des Jendrassik'schen Handgriffs, rechts auch dann nicht hervorzurufen. Facialisinnervation vielleicht rechts etwas geringer als links. Miene nur ganz leicht fatuös.

Digitized by Google

2. Juli. Noch immer Remission, keine Grössenideen, doch ist auffällig bei ihm der Mangel an Initiative. Nur auf Drängen seiner Frau urgirt er einmal die Frage seiner Entlassung, um bald wieder so gleichgiltig wie zuvor zu sein. Bei leichten Kanzleiarbeiten (Abschreiben u. dergl.) zeigt sich bedeutende Insufficienz der Auffassung und des Gedächtnisses. Trotz öfterer Erklärung macht er Fehler, wenn nicht jeder Act controlirt wird. Beim Abschreiben sagt er sich jedes zu schreibende Wort halblaut vor, mit dem Finger den Worten des Originaltextes folgend, trotzdem kommen Auslassungen von Worten oder Buchstaben häufig vor. Auch beim Lesen ist ein Auslassen von Worten, Versetzung von Buchstaben mitunter zu bemerken. Pat. selbst merkt diese seine Schwäche nicht. Von dem eben Gelesenen hat Pat. nur eine ungenügende, verschwommene Erinnerung. Von einem Roman, den er mit Eifer in den letzten Tagen gelesen, weiss er nur aus den Schlusscapiteln einzelne Details zu erzählen. Bei geringen Erregungen rasche Fluxionirung des Gesichts und der Ohren.

Besonders lehrreich ist dieser Fall wegen der ganz langsam und schrittweise einsetzenden Remission. Wochen braucht es, bis der Patient sein ganzes Wahngebäude als nichtig aufgiebt. Nur langsam wird das Terrain dieser Utopie geräumt. Eine aus unbekannten Ursachen einsetzende, vorübergehende geringe Schwächung macht ihn unfähig, im Kampfe zwischen Erinnerungen wirklicher Erlebnisse und fingirter, Wirklichkeit vom Traumhaften zu trennen.

Die durch erwähnte fieberhafte Erkrankung herbeigeführte Remission hebt wohl auf die Wirkung der bestandenen Nutritionsstörung, hindert aber gar nicht, wie jede andere Remission, das weitere Fortschreiten des Processes, der schon vermöge der progredienten Atrophie bedeutende Intelligenzstörung herbeizuführen geeignet ist, welche noch eine Steigerung durch neuerdings sich geltend machende Ernährungsstörungen erfährt.

ad Krankengeschichte I.

a) Beispiele für das allmälige, stufenweise Ansteigen des Grössenwahnes.

Als Patient eines Tages zu uns gerufen wurde, verlangt er einen Zettel, auf dem er die morgen in den Banken zu behebenden Summen aufzuschreiben wünscht. Die erste niedergeschriebene Zahl ist 100000, die darauf folgenden Zahlen schreiten in der gewöhnlichen Reihenfolge der Ziffern, so dass zwischen vorausgehender und nachfolgender Zahl die Differenz 100000 beträgt, vorwärts. Von einer Million ebenso mit der jeweiligen Differenz 1 Million. So schreibt er drei volle Seiten auf, immer in allmäliger Progression begriffen und einer Fortsetzung bedürftig. Am 20. Januar 1892 trafen wir ihn im Bette liegend, mit einer Unmasse aus Brodkrume geformten Kügelchen spielend. Er erklärt, das Zählen der Brodkügelchen bereite ihm Vergnügen, weil er auf diese Weise sein dami:

Digitized by Google

symbolisirtes Geld in Gedanken zähle. „Das Kügelchen stelle ihm gleichsam einen Kreuzer dar, er zähle nun rasch mit Ueberspringung der ungeraden Ziffern (ziemlich geläufig sogar) bis Hundert, dann beginne er abermals bis Hundert zu zählen, wobei er sich eine Multiplication der Zahlen denkt. Endlich aber steige bei wiederholtem Zählen der Werth der Einheit immer höher, durch Hundert und Tausende zu Millionen etc.“ Diese Beobachtungen sind sehr lehrreich. Vor Allem ersieht man daraus den langsam erfolgenden Ausbau des Wahngebäudes, Stufe um Stufe in der eingelernten Reihenfolge der Zahlen muss erklommen werden, wohl zu sehr im Contrast zu der bekannten Ideenflucht bei Manie. Auch spiegelt sich darin klar die Grenzenlosigkeit der Ansprüche bei diesen Kranken. Keine Zahl, bei der er anlangt, kann ihm Befriedigung gewähren; weil er sich jede Zahl und jedes Vermögen leicht vorstellt, ist ihm jede Vorstellung von Besitz immer noch zu gering.

b) Sein Geisteszustand (November, December 1891) geprüft an der Hand von Lectüre. Es wird ihm der „König der Erdgeister von Gogol“ vorgelesen. Er ist dabei nicht im Stande, Dichtung von Wahrheit zu unterscheiden. Das Lebendigwerden einer Verstorbenen (in dieser Dichtung) scheint ihm räthselhaft, weil er es für Wirklichkeit nimmt, und er ist zufrieden mit der Bemerkung, dass diese Auferstehung eben durch Hexerei herbeigeführt sei. Phantasiereiche Stellen scheinen auf ihn Eindruck zu machen. Bei darin vorkommenden volksthümlichen Erklärungsweisen von Naturphänomenen kennt er und giebt auch meist spontan die richtige physikalische Erklärung an, ohne dass er aber die erstere als blos sagenhaft und der Wirklichkeit nicht entsprechend hinstellen könnte. Am nächsten Tage ist seine Erinnerung für den Inhalt erwähnter Dichtung an vielen Stellen sehr defect, während er darin vorkommende obscöne Aeusserungen ad verbum richtig citirt[1]).

Als ihm „Memoiren eines Wahnsinnigen“ von demselben Autor vorgelesen wird, hört er aufmerksam zu, macht Bemerkungen, aus denen zu entnehmen ist, dass er das Vorgelesene aufmerksam anhört. Es ist ihm aber nicht möglich, den fingirten Schreiber, der sich König von Spanien wähnt, als wahnsinnig zu erfassen. Durch darauf gelenkte Aufmerksamkeit belächelt er das überschriebene Datum 30. Februar „da doch der Monat nur

[1]) Es ist dies von Interesse, dass trotz des Darniederliegens des Gedächnisses für angenehme Erlebnisse und Vorstellungen noch genug Erinnerungsbilder vorhanden sein können. Ein anderer Pat. unserer Beobachtung (Paral. progr. mit Grössenwahn), der, zeitlich ganz desorientirt, mit versagendem Gedächtniss, auf einen ihm nahegelegten Plan, kleine Arbeiterhäuser aufzuführen, einging, wozu er den Kahlenberg bei Wien auserwählte, benachrichtigte uns, ohne darüber befragt zu werden, nach Ablauf von vierzehn Tagen (derselbe war inzwischen transferirt) dass der Kahlenberg bereits ausgebaut sei.

Digitized by Google

28 Tage habe". Macht noch derartige andere Bemerkungen, aber zur Erkenntniss des Charakters kommt es nicht. So ergeht es ihm auch bei der Beurtheilung seiner Umgebung. Auch Grössenideen anderer, falls ihm diese Mitpatienten sympathisch sind, werden blind geglaubt, nur dann übt er Kritik, wenn dieselben einer niederen Volksschichte, einem niederen Stande angehören. Die Erinnerung auch für diese Dichtung ist nur eine sehr lückenhafte. Als ihm eines Tages irgend etwas mit Ueberspringen je einer Zeile vorgelesen wird, bemerkt er dies nicht; er findet das Vorgelesene „sehr schön". Aufgefordert, den Inhalt (das lückenhaft Vorgelesene) anzugeben, erdichtet er eine ganz fade Erzählung. Bei richtigem Vorlesen kann er kleine Erzählungen oder kleinere Abschnitte von grösseren nacherzählen. Bei grösseren Abschnitten zeigt sich Anfangs eine Mangelhaftigkeit der Auffassung in der Reihenfolge, später eine Unfähigkeit, das ihm selbst zweimal Vorgelesene zu erfassen. (Es bezieht sich dies auf nicht besonders ergreifende und wenig phanthasiereiche Erzählungen „Wunderblumen"). Beim Vorlesen des „Mantel" von Gogol nimmt er regen Antheil, weiss den Inhalt jedesmal genau und macht Bemerkungen hinzu (einfache, nicht complicirte, dabei packende und sehr anziehende Dichtung).

Auch Tags darauf erinnert er sich noch an Alles genau, hört auch der weiteren Vorlesung mit voller Aufmerksamkeit zu, bei komischen Situationen lacht er auf, oft in einer kindischen Weise. Weiteres wurde vorgelesen aus den naturwissenschaftlichen Volksbüchern von Bernstein „Was man unter Atom versteht" (III. Bd. 5). Der Inhalt bot ihm nichts Neues, er konnte auch den Inhalt mit Beweisführung wiederholen. Dann von demselben Autor „Nothwendigkeit der verschiedenartigen Kost" (I. Bd. letzter Abschnitt 12) dessen Inhalt dem medicinisch nicht gebildeten Pat. früher unbekannt gewesen sein dürfte, wird von ihm, obwohl im Wesentlichen leichter als früher erwähntes Thema, nicht erfasst, und er giebt als Inhalt einen willkürlichen Unsinn an. Nur bei dem Satz „Die Pflanzenfresser sind zum grossen Theil Wiederkäuer und bringen die Speisen wieder in den Mund" macht er die Bemerkung „wie die Kuh oder der Ochs" und nimmt dann bei der Aufforderung zur Wiederholung diesen einzigen Satz auf, während alles Uebrige sich mit dem Vorgelesenen nicht deckt. Wiederholen wir kurz die Ergebnisse. Vor Allem ist beachtenswerth und für Genesis des Grössenwahnes wichtig die partielle Leistungsfähigkeit des noch so sehr geschwächten Gedächtnisses für angenehme und mit gesteigertem Interesse empfangene Vorstellungsreihen. Auch sieht man daraus, wie ungleich schwerer es ist, ein selbständiges, wenn auch alltägliches Urtheil sich zu bilden, als erlernte complicirte Lehren aufzubewahren. Der Mann, der sich gelegentlich ganz richtig an die Lehren der Physik erinnert, steht rathlos da, wenn es sich darum handelt, Dichtung von Wahrheit zu unterscheiden. Wenn wir ihn beim lückenhaften (mit Ueberspringen) Vorlesen einen erdichteten Inhalt hineinbringen sehen, so erinnert das an die Art und Weise dieser Patienten,

Digitized by Google

auch in ihre nur lückenhaft bewahrte Vergangenheit Producte ihrer Einbildungskraft hineinzutragen. Es ist auch von Interesse, zu sehen, wie hochgradig unempfänglich er für neue, selbst leicht fassbare Lehren und Bemerkungen bleibt, während er einst Bekanntes trotz aller Complicirtheit noch erfasst und richtig wiedergiebt. Nicht verwickelte poetische Schöpfungen sprechen ihn sehr an, auch manche phantasiereiche Ausschmückungen rufen seinen Beifall hervor. Doch hat auch hier sein Geschmack gelitten. Jeder Ausdruck von Gewalt und Macht (Tod, Untergang u. dgl.) macht auf ihn ebenso tiefen Eindruck, wie der höchste Schwung poetischer Schöpfung.

c) Beispiele für die innige Verwebung von wirklichen und fingirten Erlebnissen.

Es wird ihm eines Tages die Erdichtung vorgetragen, dass Architekt Schmiedstein (erdichtet) um 500000 fl. in Berlin ein Rathhaus nach Muster des Wiener aufbauen will (verwiesen auf N. fr. Presse). „Schmiedstein", sagt er, „ist mein College, doch um 500000 fl. ist es unmöglich, das Wiener Rathhaus kostet 10 Millionen und Architekt dabei war ich selbst." Er beklagt sich nebenbei, dass die Commune während der Dauer der Arbeit ihm nichts auszahlen wollte und erst zuletzt ihm die 10 Millionen erlegte. Offenbar trägt er dabei wirkliche Erfahrungen aus seinem Leben als Architekt in seine Phantasieschöpfung, der zu Folge er Contrahent der Wiener Commune wäre, hinein.

d) Das Renommiren.

Der Ausfall ethischer Gefühle kann, wie bekannt, eines der ersten Symptome bei Paral. progr. sein. Man wird daher von einer wissentlich lügenhaften Uebertreibung des Grössenwahnes nicht überrascht sein dürfen. Es wäre aber gewiss verfehlt, wenn man der Neigung zum Renommiren einen beträchtlichen Einfluss auf den Ausbau der Grössenideen zuschreiben wollte. Unser Pat. reagirt auf den Gedanken einer möglicherweise erfolgenden Abschaffung des Capitales in einem nicht geringeren Grade, als ein wirklicher Besitzer solcher grossen Reichthümer. Er geräth dabei ganz in Zorn, will gar nicht einsehen können, mit welchem Rechte man sein Privatvermögen jemals antasten könne, bringt zur Verbesserung der socialen Verhältnisse andere Vorschläge vor. Man sieht daraus, wie sehr sich Pat. mit seiner vorgegebenen Rolle identificirt. Nichtsdestoweniger muss man zugeben, dass so manche Ausschmückung der Paral. nichts anderes als blosse Renommisterei, also eine wissentliche Fälschung ist. So erzählte unser Pat. eines Tages, dass er vom Kaiser oft Besuch bekomme, und zwar nicht in der Anstalt, sondern in seiner Wohnung. „Der Kaiser erkundige sich durch einen Dienstmann, ob er zu Hause sei." „Er spreche den Kaiser an: „Du Franzl"." Bei dieser Erzählung seines Verhältnisses zum Kaiser lacht er laut auf und es war der Gedanke nicht zu unterdrücken, dass Pat. selbst an die Wirklichkeit seiner Erzählung nicht glaubt.

Digitized by Google

Krankengeschichte II.

P. A., 38 Jahre alt, Gerichtsdiener, wird am 1. December 1891 in die psych. Klinik der Nied.-Oesterr. Landes-Irrenanstalt gebracht. Die Anamnese, die wir dem Bezirksrichter seines Aufenthaltsortes verdanken, ergiebt Folgendes: 2 Geschwister des Pat. sind geisteskrank. Pat. selbst hat einige Realclassen absolvirt, wurde dann Commis und kam mit 20 Jahren zum Militär. Daselbst brachte er es zum Feldwebel, heirathete. Ein in der Ehe gezeugtes Kind starb, bald darauf auch die Frau selbst, und er musste das Vermögen herausgeben. Dies hat ihn sehr verstimmt. Durch ein ungeziemendes Benehmen einem Geistlichen gegenüber zog er sich beim Militär eine strenge Strafe zu. In Folge dieser Bestrafung konnte er nach 12jähriger Dienstzeit nicht die gewünschte Qualification zum Beamten, sondern blos die für eine Dienerstelle erlangen. Er kam im Herbst 1886 als Gerichtsdiener nach W., war anfangs fleissig und strebsam, wollte durchaus Beamter werden und behelligte sowohl seinen unmittelbaren Vorgesetzten, als auch verschiedene Behörden in der Reichshauptstadt sehr häufig mit der Bitte, ihm bei seinen Bestrebungen behülflich zu sein. Es dauerte aber seine gute Haltung nicht lange, nach und nach kamen allerlei geistige und moralische Mängel zu Tage. Pat., der sehr eitel war, war mit seinem Stande sehr unzufrieden. Er wollte durchaus nicht als das gelten, was er war. Dabei nahmen sein Fleiss, sein Eifer und seine Aufmerksamkeit im Dienste ab. Er wurde zerstreut, gedankenlos, gleichgültig und unverlässlich. Auch ergab er sich dem Trunke. Er wurde im Verkehre mit Parteien unreell, seinen Vorgesetzten gegenüber verlogen. Eine Disciplinaruntersuchung folgte der anderen. Er unterhielt ein Liebesverhältniss mit der Tochter einer Amtsdienerswittwe Namens A. Dasselbe wurde auch nach und nach sehr intim. Pat. beschenkte dieses Mädchen öfter in einer Weise, die mit seinem Einkommen in keinem Einklang stand. Dadurch wurden seine pecuniären Verhältnisse derangirt. Das Mädchen jedoch wurde, als sie sah, dass Pat. nicht ökonomisch sei und sich immer mehr dem Trunke ergab, immer ablehnender. Dadurch wurde Pat. in seiner Stimmung dauernd ungünstig beeinflusst. Er war abwechselnd „tiefsinnig", dann wieder „erregt". In Erregungszuständen beschimpfte und bedrohte er seine Braut. Dadurch kam er in gerichtliche Untersuchung, welche Mangels eines greifbaren Thatbestandes wieder eingestellt wurde. Sein Benehmen wurde immer auffallender. In den Wirthshäusern belästigte er diejenigen, die ihm in die Nähe kamen mit langathmigen Erzählungen über Kärnthen. Oft führte er recht confuse Reden und zuweilen weinte er ohne erkennbaren Grund. Er wurde quo ad alcoholica immer begehrlicher. Er bezog allerlei Schnäpse aus den Alpenländern, und suchte einen Theil der Waare wieder weiter zu veräussern. Angestrengt war er nie, zum Theil schon wegen seiner mangelnden Brauchbarkeit. Eigentliche Krankheitserscheinungen fielen der Umgebung erst im November 1891 auf. Seine Gespräche erschienen unvernünftig, sein Tiefsinn wurde immer ärger und

Digitized by Google

in den dienstlichen Verrichtungen machte er absonderliche Confusionen. In der Nacht vom 30. November auf den 1. December ging er gar nicht schlafen. Er kam zu seinem Quartiergeber und sagte diesem, dass er dessen Haus um 5000 fl. kaufen werde. Am 1. December Morgens rannte er in alle möglichen Verkaufsläden der Stadt, wollte allerlei Einkäufe machen und erklärte, dass er heute noch Hochzeit halten und die A. als Frau heimführen werde. Auf das Rathhaus gebracht, traten bald Krämpfe und Bewusstlosigkeit ein. Bald jedoch erholte er sich wieder. Er wurde unter der Vorspiegelung, dass die Hochzeit in dem bekannten Ronacher'schen Etablissement in Wien, wo die A. sich gegenwärtig aufhalte, stattfinden werde, in die Irrenanstalt gebracht und war in Erwartung der bevorstehenden Hochzeit während der ganzen Reise in freudigster und heiterster Stimmung. Bei der Aufnahme ist Pat. unruhig, zornig, drängt fort, will zu seiner Braut. Der Status somaticus ergiebt einen grossen, mittelkräftigen, in der Ernährung herabgekommenen Mann. Die Pupillen sind mittelweit, die rechte enger als die linke, beide reagiren sehr träge. Leichter Tremor der Zunge und Oberlippe. Tremor und leichte Ataxie beider Oberextremitäten. Gang leicht atactisch. Linke Nasolabialfalte seichter als die rechte. Patellar-Sehnenreflexe beiderseits gesteigert. Grobe Muskelkraft in den oberen und unteren Extremitäten herabgesetzt. Schädel mit Ausnahme von Hinterhauptstufe regelmässig. Ohrläppchen leistenförmig verwachsen. Vegetative Organe ohne Befund. Keine Zeichen von Lues. Schläft mit 2 mg Duboisin Nachts nur zwei Stunden. Die übrige Zeit verbringt er lärmend, polternd und fortbegehrend. Am nächsten Morgen ist er sehr heiter, euphorisch, und äussert lebhafte Grössenwahnideen. „Er sei Bürgermeister von W.", — „er sei Rechnungsführer erster Classe und Bürgermeister" — „er habe ein Lustspiel geschrieben, sei viel gereist, weit in der Welt gewesen" — „er werde jetzt ein grossartiges Geschäft betreiben (Lederfabrik, Thierzucht, Obstexport u. dgl.), müsse mehr als 10 Millionen im Jahr verdienen" — „werde morgen um 3 Uhr früh mit seiner Gattin in seinem wunderschönen Landauer die Hochzeitsreise antreten". Zeitlich und örtlich ist Pat. nicht orientirt, weiss sein Geburtsjahr nicht anzugeben, „sei schon ein Jahr in diesem Hause". Pat. ist lärmend, wird heiser, Schlaf unterbrochen und mangelhaft. Am 3. December sehr erregt „sei Kaiser von Europa". Nachts mit 2 mg Duboisin durch längere Zeit ruhig, dann wieder schlaflos, lärmend. Bis zum 7. December ist Pat. sehr unruhig und schläft trotz Duboisin wenig. Am 7. ruhiger, guter Schlaf ohne Medicament. Grössenideen werden auch in der ruhigen Zeit fortgeäussert, „er sei Kaiser, Herzog von Kärnthen u. dgl." Noch am 30. December hält sich Pat. für den Throncandidaten von Oesterreich. Er will davon erst seit einem Monat wissen. Auf die Frage, wer ihm dies mitgetheilt habe, antwortet er: „Vielleicht kam mir dies im Traume vor, oder sagte es mir Jemand". Das Kind des Oberwärters rufe ihm zu: „Kaiser". „Wahrscheinlich war es so in der Zeitung." Negirt Lues.

Digitized by Google

Er corrigirt seine frühere Aeusserung, dass ganz Europa ihm gehöre, — „dies sei nur Phantasie. Er sei stets ein Freund der Jagd gewesen, beschäftigte sich gerne mit Hunden, liebte die Wachteln, dagegen las er niemals Romane und Gedichte, war kein Freund von Theater und Tanz". Am 3. Januar corrigirt Pat. die früheren Aeusserungen, dass er Kaiser, Herzog geworden sei, und ähnliche. Sein Vermögen belaufe sich blos auf etwa 2000 fl., aber seine Braut müsse doch reich sein, da sie ihm soviel angeschafft hätte. Er wird übrigens zu Vermögen kommen, da er allein den Einfall hat, Wein, Schnaps und Vieh aus Kärnthen nach dem Waldviertel abzusetzen. Auch Wasserheilanstalten wolle er in Kärnthen errichten, ebenso eine Dampfbrauerei und eine Fabrik für Kornbranntwein. Pat. ergeht sich in eine eingehende Schilderung der Lebensweise der Kärnthner, wobei er sich mit Vorliebe bei den Nationalspeisen aufhält. Anderseits aber schildert er auch die Naturschönheiten, besonders „die Forellenteiche und deren crystallklares Wasser", erwähnt auch romantische Gegenden, die auf ihn besonderen Eindruck gemacht zu haben scheinen. Am 7. Januar belacht er seine Aeusserung, Kaiser zu sein. Den Ursprung dieser Wahnidee weiss er nicht anzugeben. Er ist heiter, da er sich in der Nacht von gestern auf heute erinnerte, dass seine Braut ihn vor 14 Tagen den 13. Mai als Hochzeitstag anberaumte. Das Gedächtniss für Vorfälle der jüngsten Vergangenheit ist leidlich erhalten. Am 9. d. s. Mts. hält Pat., obwohl die Correctur bezüglich des Wahnes, Kaiser oder Herzog zu sein, fortbesteht, immer noch daran fest, dass er Bürgermeister von W. sei und dass er demnächst vom Gemeinderathe abgeholt werden würde. Sein Verhalten ist ein dauernd ruhiges, Schlaf gut. Er hält auch in den folgenden Tagen an der Wahrhaftigkeit dessen fest, was ihm seine Begleiter auf der Reise nach W. von seiner bevorstehenden Hochzeit und den grossen Vorbereitungen zur selben erzählten, sowie von den reichen und kostspieligen Einkäufen, die seine Braut zu diesem Zwecke gemacht, und schliesst daraus, dass seine Braut einen Haupttreffer gemacht habe. Die Gemeinde W. beabsichtige, ihm die dort befindliche Dampfbrauerei sammt dem dazu gehörigen Wohnhause zu schenken. Dies wurde ihm zwar nicht mitgetheilt, doch wisse er es bestimmt. Als Beweis führt er an, dass das Wohnhaus seit 1890 unbewohnt sei, und dass ein in der dortigen Gemeinde wohnhafter Hotelier, als Pat. ihm von selbständigen Unternehmungen redete, unter lebhaftem Lachen antwortete: „Du heirathest und bekommst noch die Brauerei". Man habe auch zu jener Zeit Möbel für das leerstehende Haus angeschafft. Pat. betont wiederholt seine Vorliebe für die freie Natur und die daraus entspringende Neigung zur Forstwirthschaft. Er habe sich für Gedichte nur dann interessirt, wenn dieselben entweder sentimental oder leichtfertigen Charakters sind. Andere Gedichte finde er fade. Pat. beschäftigt sich bei Tage mit den verschiedenartigsten Projecten. Er will z. B. Karlsbader Zwieback nach Kärnthen einführen u. dgl. Er giebt an, dass er sich von derartigen Plänen weniger materiellen Erfolg verspreche,

Digitized by Google

sondern er rechnet darauf, dass hiebei für seine Küche eine Bereicherung erfolgen werde. Am 15. Januar gelingt es uns zum ersten Male durch viele Mühe und durch Aufweisen von Incongruenzen für wenige Augenblicke Zweifel in Bezug auf die Schenkung des Bräuhauses zu erwecken. Dieselben finden aber keinen dauernden Raum und machen bald wieder der frohen Zuversicht Platz. „Wozu hätte denn sonst sein Freund für ihn 16 Pferde gekauft?“ Mit Ausnahme des, an die Brauerei anstossenden Wohnhauses habe kein Haus in W. einen grossen Stall. Hiermit stimme überein, dass ihm einer seiner Reisebegleiter auf dem Wege nach Wien die Mittheilung machte, dass bei seiner Trauung der Wagen mit 8 Paar Pferden bespannt sein werde. Er erzählt, dass er beim Anlangen in Wien in die nächste Gasse einbiegen wollte, dass aber auf ein dort angebrachtes Zeichen hin (bestehend in einem 2 m langen weissen Streifen) ihn die Begleiter wegschleppten und ihn in diese Anstalt brachten. Das Zeichen rühre gewiss von einem seiner Freunde her, welcher offenbar die Absicht gehabt habe, Pat. aufzuhalten, um ihm später eine Ueberraschung zu bereiten.

Pat. zeigt neben diesen Defecten der Logik für die Verhältnisse des alltäglichen Lebens ein ziemlich richtiges Urtheil. Am 20. Januar klagt er über Mattigkeit und Beklommenheit. Am 21. Januar fühlt er sich gesund und ist munter. Er erzählt, gestern Besuch aus W. gehabt zu haben, wobei ihm seine Erwartungen bestätigt wurden. „Ich wollte schon gestern es Ihnen melden, nur sind Sie rasch vorüber gegangen“ (zum Arzte). Am 22. Januar ist die Stimmung nicht mehr so heiter. Pat. hält am Besuche fest. Am 23. Januar meint er, der Besuch aus W. könne auch ein Traum gewesen sein. Thatsächlich hatte er am 20. Januar an den Besucher eine Karte geschrieben, worin er um Besuch bat. Am 26. Januar klagt Pat. wieder über lebhafte neurasthenische Beschwerden. Ueber die Hochzeit, deren Termin angeblich auf den 31. Januar angesetzt war, weiss er jetzt nichts, hält aber an seinen Heirathsplänen fest. An den folgenden Tagen äussert er wieder allerlei Pläne um Geld zu verdienen.

Am 4. Februar, nach Eintreffen genauer anamnestischer Nachrichten von W. suchten wir Pat. durch allerlei Erinnerungen aus seiner Vergangenheit zur Einsicht in das Ungereimte seiner Wahnideen zu bringen. Aber vergebens. Er bestätigt wohl, dass er mit A. in der letzten Zeit wenig zusammengekommen, und dass Letztere ihm ausgewichen sei. Doch meint er, es sei dies nur aus dem Grunde geschehen, weil sich A. in ihrer Arbeit, im Nähen der Ausstattung für ihn, nicht stören lassen wollte. Zweifel an der Treue von A. lässt er gar nicht aufkommen. Auch dass das Haus, in dem er in W. wohnte, von ihm gekauft worden sei, behauptet er weiter. Am 11. Februar wird er in die heimathliche Anstalt nach Kl. transferirt.

Dieser Fall zeigt besonders klar das Ergreifen und die Verwerthung für den Grössenwahn von blos scherzhafter Weise seitens

Digitized by Google

der Umgebung gemachten Aeusserungen. Die vernommenen Bemerkungen, die dem innersten Wunsche entsprechen, werden rasch aufgegriffen und sind dann für ihn nicht eigentlich fremde Aussagen, deren Annahme eine vorherige Untersuchung auf Glaubwürdigkeit erforderte, sondern eigene Ueberzeugungen, eigene Illusionen (vergl. *Sully* l. c. S. 283, „Wenn Jemand, und sei es in nur scherzhaftem Tone mir erzählt, dass etwas sich ereignen werde, und mir hievon eine zusammenhängende Beschreibung macht, so habe ich eine instantane und halb unmittelbare Anticipation u. s. w.“). Weiter ist die öftere Paralogik bei diesem Pat. beachtenswerth. Das in der Anamnese erwähnte Beziehen von Schnäpsen aus den Alpenländern muss schon als Verwirklichung eines der Projecte, die den Beginn des Grössenwahnes charakterisiren, angesehen werden. Dies wurde jedoch von der Umgebung nicht, wie häufig, als krankhaft aufgefasst, sondern seiner Trunksucht zugeschrieben. Aus dem Stadium noch bescheidener Projectmacherei schreitet er zum Ankauf seines Wohnhauses u. dgl., Dinge, die grössere Summen erfordern. Schlaflosigkeit steigert seine Grössenideen in das Maasslooseste, die beim Sichwiedereinstellen von gutem Schlaf allmälig wieder corrigirt werden. Doch bleibt der Theil, der seinem Streben und inneren Wünschen entsprungen ist, trotz aller wachgerufenen Zweifel, die zeitweilig, aber nur auf Augenblicke, bei ihm Widerhall finden, weiterbestehen.

Krankengeschichte III.

R. F., 38 Jahre alt, Graveur, wurde am 7. Januar in die psych. Klinik der Nied.-Oesterr. Landes-Irrenanstalt aufgenommen, weil er Angstgefühle hatte; er müsse sterben, sein Herz höre auf zu schlagen und ähnliche Klagen geäussert.

Anamnese seiner Frau.

Dieselbe machte seine Bekanntschaft erst gegen März 1891. Heirath fand statt Mai 1891. Frau giebt an: F. sei, so lange sie ihn kennt, in hohem Grade in seinem Geschäfte nachlässig gewesen. Er habe nur gearbeitet, wann es ihn freute, dann aber war die Arbeit zur Zufriedenheit seiner Kundschaft ausgeführt. Zeitungslectüre sei seine liebste Beschäftigung gewesen und habe er besonders politische Artikel bevorzugt. Die Stimmung sei immer eine gute gewesen, auch habe er sich eine angenehme Zukunft (so lange seine Frau ihn kennt) versprochen, thatsächlich aber sei sein Verdienst ein geringer gewesen. Am 26. December 1891 trat plötzlich Schwindel mit darauffolgender Bewusstlosigkeit von viertelstündiger

Digitized by Google

Dauer auf. In diesem Anfall soll von Krampferscheinungen nur ein Ballen der Hand zu beobachten gewesen sein. Nach dem Anfall sei Pat. nur einen Tag im Bett geblieben. In seinem Wesen trat keine Veränderung ein, doch war nun öfter Schwindel vorhanden. Am 7. Januar 1892 zweiter Anfall mit Bewusstlosigkeit. Bald nach dem Erwachen aus der Bewusstlosigkeit begann er um Hilfe zu rufen wegen seiner hypochondrischen Sensationen und war dabei sehr aufgeregt, weshalb sie die Aufnahme auf die Klinik veranlasste.

Bruder giebt an: Pat. sei immer von sehr lebhaftem Temperament gewesen. Seine Lieblingsbeschäftigung sei das Tanzen gewesen. Er habe auch als Vortänzer grössere Summen verdient. Auch lesebegierig sei er immer gewesen. In Gesellschaft sah man ihn sehr gerne, „wo er beim Heurigen sass, füllte sich bald der Tisch, da er seine Umgebung zu unterhalten verstand". Bei der Aufnahme ist Pat. äusserst unruhig, aufgeregt und muss isolirt werden. Bald darauf apoplectiformer Anfall mit apoplectiformer Sprachstörung durch 10 Minuten. Er wird ins Bett getragen. Zeitweise ängstlich, schreit um Hilfe „er sei schwerkrank, weil er fettes Essen zu sich genommen habe". 8. Januar. Früh ruhiger, dann aber steigert sich die Aengstlichkeit bis zu lauten Hilferufen „er werde vom Schlage getroffen", macht ungeschickten Suicidversuch durch Beissen in den rechten Arm. Auch am 9. Januar Versuch, sich zu erhängen, wozu er ein Hemd in Streifen zerreisst, ist noch ängstlich, „fürchtet die Sprache zu verlieren". Schlaf in diesen Tagen erfolgt erst auf Duboisin (2 mg). In den folgenden Tagen etwas verwirrt. Am 13. Januar orientirter, ruhiger, zeigt mangelhafte Krankheitseinsicht, es treten auf erste Spuren von Grössenwahn und Projecten. Die Euphorie nimmt dann zu, nur ganz vorübergehend tritt Aengstlichkeit mit Athembeschwerden, Herzklopfen mit sichtbarer Blässe auf. Gegen den 20. Januar äussert er Projecte einer grossen Arbeiterreform. Dieselbe sei zu seiner Ueberraschung in ihm aufgetaucht, und er hoffe mit deren Durchführung seine eigene Lage und die seiner Leidensgefährten aufzubessern. Es sollen Genossenschaften für alle Berufsarten gebildet werden. Von der Genossenschaft sei das Vermögen der Mitglieder zu verwalten, und letztere beziehen Dividende, je nach den Einlagen. Die Einlage kann aber auch nachträglich aus dem Profit von dem zur Verfügung gestellten Arbeitsmaterial geleistet werden (!!). Während die düstere Gegenwart nur durch Zukunftsträume für ihn an Werth gewinnt, fälscht er die Vergangenheit in einer, seiner Projectenmacherei entsprechenden Weise. Er habe bereits in den Vereinigten Staaten als bedeutende politische Persönlichkeit eine ausgedehnte Thätigkeit entwickelt, und er sei dort sehr populär (anamnestisch festgestellt, dass er nie in Amerika gewesen). Auch anderweitige, im Sinne von Grössenideen die Vergangenheit entstellende Angaben werden gemacht, unter Anderem soll ihm auch seine Frau 17000 fl. als Mitgift gebracht haben, von denen er jetzt allerdings nur einen geringen Rest besitze. Am 27. Januar glaubte er wegen seiner Reformvorschläge

Digitized by Google

die Stelle eines Oberrevidenten zu erhalten, Ministerstellen hören dann auf, und an ihre Stelle kommen nach amerikanischer Form die Revidenten. Seine gegenwärtige Lage verräth er dabei einmal als ungünstig „zu Hause kein Geld, alles versetzt", sonst will er zwar nicht reich sein, aber einige 100 oder 1000 fl. seien doch ein Geringes. Seinen durch die Krankheit erworbenen moralischen Defect lässt er ganz nackt und unbemäntelt bei jeder Gelegenheit hervortreten. Er macht aus seiner Absicht, die erwartete ihm zu verleihende Macht zur Anhäufung grosser Reichthümer ausbeuten zu wollen, „für jedes Kind 1 Million" — kein Hehl. Auch die Versammlung, die er betreffs Prüfung seiner Entwürfe einzuberufen denkt, will er, wie er offen gesteht, zu selbstsüchtigen Zwecken gebrauchen. Er plane durch Absetzen von Loosen unter die Anwesenden „Geschäfte zu machen". Um dieselben zum Ankaufe zu veranlassen, beabsichtigt er vor Feilbietung der Loose unter dieselben „Geschenke zum Andenken" zu vertheilen. 31. Januar. Nimmt freie Wohnung für alle Arbeiter in seine Reformvorschläge auf. Ueber anderweitige Reformen macht er widersprechende Angaben, bald möchte er Alles besteuern, hohe Stempelgebühren einführen, bald wieder alle Steuern herabsetzen. Er würde sich übrigens „dem Verlangen fügen". Viel beharrlicher ist er rücksichtlich der Forderung zur Besserung der Lage der Arbeiter, „er würde von diesem Plan nicht lassen". Sollten die Vorschläge zu Gunsten der Arbeiter nicht durchgehen, bemerkt er, als ihm auf die Hindernisse einer Verwirklichung hingewiesen wird, dann wird er Genugthuung darin finden, wenigstens den Anfang gemacht zu haben. „Er gedenke hierüber zu studiren, er werde noch Doctor." 11. Februar. „Er beabsichtige eine Conferenz mit einer bekannten Persönlichkeit der Finanzwelt wegen Ankaufs aller Häuser am Gürtel, wo lauter Arbeiterviertel nun anzulegen seien." Wieder tritt krass seine Eigennützigkeit hervor, indem er sich von jedem Hause einen Gewinn von 3—4000 fl. verspricht. Er fordert auch einen Minimallohn für Arbeiter und zwar pro Woche 8 fl. und Kost. „Die Genossenschaft werde die Arbeit austheilen und die Producte werden nur per Sconto einem Exporteur übergeben." „Er selbst möchte am besten dann Hotelier werden", da man als solcher rascher zu Vermögen kommen könne. Nebenbei treten auch anderweitige Projecte auf, so spricht er von einer Tiefwasserleitung, worauf er bei der Candidatenrede zurück zu kommen gedenke. Seinen wirklichen gegenwärtigen Besitz giebt er heute sogleich beim Erscheinen an mit nur geringer Uebertreibung. Er besitze 3—4 Loose zu Hause im Werthe von je 105 fl., ausserdem über 1000 fl. in der Sparkasse. Ist auch erfreut über seine Gratis-Verpflegung in der Anstalt; äusserte seine Zufriedenheit über alte erhaltene Beinkleider. Im Laufe der Unterredung steigert sich auch sein gegenwärtiger Besitz auf 200 000 fl., er will 60 Arbeiter beschäftigen. Trotzdem macht ihm die Erinnerung an die erhaltenen Beinkleider Vergnügen. Der weitere Verlauf bis in die ersten Tage des März bietet nichts Bemerkenswerthes. Pat. äussert immer noch Grössenideen, besonders Projecte.

Digitized by Google

Schlaf seit 24. Februar mangelhaft. Gegen die Mitte März stellte sich ein manischer Zustand ein. Pat. agirt lebhaft mit den Händen, führt mit lauter Stimme und mit Pathos lange Reden, in welchen er seine Reformen entwickelt. Er ist ungemein heiterer Stimmung, das Gesicht strahlt vor Freude. Befragt, warum er so laut spreche, antwortet er, er habe das Bedürfniss, so laut zu sprechen, obwohl er wisse, dass Niemand im Zimmer sei. Im Gegensatze zu früher, wo sein Grössenwahn sich vorwiegend nur in Projecten äusserte, behauptet er jetzt, wirklich Minister zu sein. Seine Reformen seien jetzt thatsächlich durchgeführt. Der Ideengang ist sehr abspringend. Er äussert floride Grössenideen, kaufe alle Häuser zusammen, errichte Bankhäuser. Anfang April wird Pat. etwas ruhiger. Vorübergehend zeigt er Remission. Er beklagt sich, dass er in seinen Träumen Grössenwahn habe, so habe er heute geträumt, er sei Minister und halte im Reichsrath eine Rede. Er wisse nicht, wie er zu solchen Ideen gekommen, er sei doch immer ein nüchterner Mensch gewesen. Schon in den nächsten Tagen werden rasch wechselnde Grössenideen geäussert. In der Folge ist Pat. meist verworren, äussert immer noch Grössenideen, dazwischen auch hypochondrische Ideen. Weiterhin werden die Aeusserungen immer zerfahrener, zusammenhangloser. Die Verworrenheit nimmt immer mehr überhand, Pat. verfällt mehr und mehr geistig und körperlich, seine Aeusserungen sind nur noch sinnlose Fragmente früher geäusserter Grössenideen. Die Bewegungen sind auf blindes Zerreissen und Zerstören reducirt. So dauert der Zustand mehrere Wochen, und am 14. Juli erfolgt, nachdem Blasen- und Darmkatarrh hinzugetreten, der Exitus letalis.

Obductionsbefund: 14. Juli 1892, $^3/_4$7 Uhr Morgens. Obducent: Prof. Dr. *Kolisko*.

Anatomische Diagnose: Periencephalitis diffusa chron. cum hydrocephalo. Atheroma aortae. Hypertrophia cordis. Cystitis, Pyelonephritis. Catarrhus ventriculi et intest. acutus. Schädel leicht dolichocephal mit wulstigen Verdickungen der Innenfläche des Stirnbeines; in der Sichel der Dura zahlreiche kleine Osteome, ihre innere Fläche glatt, die inneren Meningen leicht längs der Furchen getrübt, an dem med. Rand mit zahlreichen Pacchion. Granulat. Kammern leicht erweitert, Hirnsubstanz sehr blutarm in der Rinde und die Ganglien von bräunlich blasser Farbe. Die Rinde, namentlich im Stirntheile, deutlich verschmälert.

Das Interesse dieses Falles liegt darin, dass Pat. durch lange Zeit vorwiegend Reformprojecte äussert, deren gegenwärtige Nichtverwirklichung ihm bewusst ist. Nur hin und wieder kommen vorübergehende Grössenideen im Sinne eines beträchtlichen Besitzes, die jedoch auf momentane Suggestionen zurückführbar erscheinen, vor. Pat. besitzt eben noch so viel Besonnenheit, um durch seine gegenwärtige Lage öfters daran erinnert zu werden, dass er noch

Digitized by Google

nicht der reiche Mann ist, der er zu werden hofft. Erst mit der einsetzenden Manie wird der Grössenwahn im Sinne der Verwirklichung der Projecte gesteigert. Mit dem Eintritte der Beruhigung erlangt er wieder so viel Correctur, als dass er seine gegenwärtige Situation als die eines reichen Mannes noch weiterhin auffassen könnte, und in seiner blos traumhaften Erinnerung von seinem früheren Gebahren und seinen Redereien äussert er sich, dass er sonderbare Träume von Grössenideen gehabt habe. Die hypochondrischen Aeusserungen im Beginn der Krankheit möchten wir nicht als hypochondrische Wahnideen ansehen, sondern als den Ausdruck wirklicher nervöser Beschwerden, die thatsächlich einen hohen Grad erreicht haben dürften (Angina pectoris). Dafür spricht, dass thatsächlich beim Aeussern von Beklemmungsgefühlen vasomotorische Störungen eingetreten sind, ferner, dass bei der Nekropsie Arteriosklerose und Hypertrophia cordis gefunden wurden.

Krankengeschichte IV.

F. A., 46 Jahre alt, Amtsdiener, wurde am 17. Januar 1892 in die psych. Klinik der Nied.-Oesterr. Landes-Irrenanstalt aufgenommen. Die anamnestischen Angaben seiner Braut ergaben Folgendes: Pat. war früh verwaist, konnte sich in seiner Jugend nur schwer sein Brot verdienen. Während der Militärzeit kam er als Privatdiener in das Haus des Hofrathes v. S. Dort verblieb er auch nach dem Austritt aus dem Militärdienste durch lange Zeit bis Juli 1891 als Privatdiener. Er pflegte seine Herrschaft auf weite Reisen fast jährlich zu begleiten (so auch in die Schweiz, nach Paris zweimal etc.). Pat. pflegte jeden Sonntag in die Kirche zu gehen, war wohl über Gotteslästerungen ärgerlich, doch soll er nie schwärmerisch religiös gewesen sein.

Sein Temperament soll ein ruhiges gewesen sein, doch war er in Gesellschaft unterhaltend. Er soll auch früher nie trotzig gewesen sein. Seit Juli 1891 war er in einer Assecuranzanstalt beschäftigt. Der Chef soll ihn schlecht behandelt haben, auch war die Arbeit (massiren) eine anstrengende. „Die Hände schmerzten ihn oft davon." Seitdem trank er viel Wein (früher kein Potator). In den letzten 3 Tagen war er verstimmt, am letzten Tage weinte er beim Mittagessen und ass nichts. Mitten durch äussert er Reisepläne. Am 4. Januar kommt er auf die Beobachtungs-Station, äussert da, sehr reich zu sein und die ganze Welt bereisen zu wollen. Später beschimpft er ohne Anlass alle Anwesenden, klagt über Kopfschmerzen.

Im Beginne und Verlaufe bis zum 17. Januar ist Pat. schlaflos, lärmt, zerreisst die Wäsche, in den späteren Tagen wird er ruhiger, will behufs

Digitized by Google

Erholung aufs Land oder nach der Schweiz, gebärdet sich oft, als wäre er zur Aufsicht über die Anderen bestellt, fühlt sich zufrieden und giebt an, schon bei geringer geistiger Anstrengung Kopfweh zu fühlen.

Am 17. Januar kommt Pat. in die Anstalt. Er zeigt gehobenes Selbstgefühl, will hier Oberwärter werden und möchte zu dem Zwecke das Gebäude besichtigen. Auch als Masseur verspricht er sich ein schönes Einkommen. Plant auch eine Reise durch ganz Europa, das Geld dazu werde er schon haben. Er hoffe ein Loos zu gewinnen, „die Sparkasse und der Mercur haben ja Geld genug".

Er fälscht seine Vergangenheit theils durch vollständige Erdichtung, theils durch Entstellung wirklicher Erlebnisse. So will er in Paris und in der Schweiz durch viele Jahre als Kellner thätig gewesen sein, wodurch er zu einigem Vermögen gekommen sei. Auch in China, Japan und Jerusalem sei er gewesen. Er spreche alle europäischen Sprachen mit Ausnahme der ungarischen und noch irgend einer (er kennt wohl nur diejenigen, deren Territorien er bereiste und hält einige praktisch erlernte Ausdrücke für die Sprache), für eine Sprache brauche er nur 1—2 Wochen. Giebt an, vor einigen Jahren einen harten Chancre gehabt zu haben. Somatisch ist zu constatiren eine fatuöse Miene, Pupillen eng, starr auf Licht, Händedruck rechts schwächer als links, grobe Muskelkraft in allen Extremitäten herabgesetzt, Patellarreflexe stark gesteigert, Tremor manuum et linguae, kein Silbenstolpern. Klagt über allgemeine Schwäche. In den ersten Tagen seines Aufenthaltes hier ist der Schlaf gut. Pat. ist leicht erregbar, aufbrausend und trotzig. Vom 19. Januar ab schlechter und unterbrochener Schlaf öfters vorhanden. Am 25. Januar will er im Besitze einer viertel Million sein, er hätte die Summe auf der Reise in der Schweiz wie durch Treffer erworben. Klagt über Schmerzen in der Brust, hustet thatsächlich, lehnt ärztliche Hilfe ab, da er sich selbst helfen könne. Am 1. Februar giebt er sein Vermögen auf eine halbe Million an, und hofft bald eine ganze zu besitzen. Dies Vermögen habe er zu Hause in Baarschaft liegen. Plant Ausflüge nach der Schweiz, will von dort die Reise nach Italien und Rom fortsetzen, um den Papst zu besuchen. Plötzlich aber während des Gespräches schlägt seine Stimmung um, er klagt über allerlei Misshandlungen „die Schulterblätter, die Nieren würden ihm zerdrückt". Er erzählt, dass eine Anklage gegen Wärter und einige Aerzte auf der Beobachtungsstation im Anzuge sei, auch in der Anstalt höre er Beschimpfungen, „er sei doch kein Esel, kein Thor". „Gott habe ihm befohlen, seine Quäler (Wärter) zu zermalmen." Er will ein grösserer Märtyrer als Jesus Christus sein. Am 2. Februar isst er Mittags nichts, weint, verlangt bei der Polizei Anzeige zu machen, dass man ihm auch hier den ganzen Körper zertreten habe, später erklärt er, es habe sich bereits Alles wieder gut gemacht, und nimmt Abends Nahrung zu sich. 3. Februar heftiger, rasch vorübergehender Zornaffect. Er erzählt, die Wärter hätten seine Lunge zertreten, auch sein Hirn liefe als Eiter und

Digitized by Google

Blut in den Rachen hinunter. Auch in den folgenden Tagen erzählt er dies von den Wärtern (der Beobachtung) wiederholt. 5. Februar: Schlaf jetzt meist gut, klagt noch immer zeitweilig über Schmerz in den Rippen. Beschimpfungen, die er auch früher Nachts im Bette hörte, seien jetzt seltener. Dagegen erzählt er, dass ihm jetzt von Gott das Himmelreich, wie die Regierung auf Erden anvertraut worden seien. Er sei mehr als Kaiser und Papst, weil er ein grösserer Märtyrer als Jesus Christus gewesen wäre. Er werde gewissermaassen der Nachfolger Gottes, der jetzt schon sehr alt und schwach sei. Deshalb sei der Teufel in letzter Zeit mächtig geworden, den er aber nach Uebernahme aller Macht Gottes bereits bekämpft habe. Er schildert dabei seine in Begleitung von Engeln vorgenommene Himmelfahrt, Hölle, Paradies und den Thron Gottes. Auch in verschiedene Sterne habe er Abstecher gemacht, zeigt aber bei der Schilderung derselben eine sehr verworrene, mangelhafte Erinnerung früherer Lectüre. So sei die Sonne nach seiner Beschreibung kalt und unbewohnbar und erst, wenn die Strahlen aus dem Himmelreich herauskommen, vermögen sie zu wärmen etc. Will häufig am Tage von Gott Aufträge erhalten u. z. „in sehr lauter Stimme". Wie sehr seine Ethik gelitten hat, illustrirt am besten folgende Aeusserung: „Als Nachfolger Gottes wird er doch auf Erden bleiben, um gut essen und auf Bälle gehen zu können, was ihm doch lieber sei, als in der Heiligkeit wie der alte Gott zu leben". Am 7. Februar erklärt er, die Anrufungen Gottes nicht mehr zu hören.

Im Laufe des Monats erzählt er wiederholt von Himmelfahrten. Ist zeitweise erregt und schimpft. Am 18. Februar bemerkte er, „jeden Abend kommen hunderte von Arbeitern zu ihm, um über ihre Nothlage zu klagen. Solange Licht ist, zeigt sich Niemand, im Dunkeln aber füllt sich bald der Saal mit ihnen. Sie rufen um Arbeit." Zugleich erzählt er, er verkomme ganz in der Anstalt, er magere ab, heute fiebere er auch. Am 8. März bei andauernd gleichem Grössenwahn Abfassung einer Anklage gegen die Pfleger (an den obersten Gerichtshof), die ihm heute abermals Gehirn, Nieren, Wirbelsäule und Kreuz durch Fusstritte zertrümmert hätten. Schlaf in diesem Monate meist gut (mit seltenen Ausnahmen), ist sehr reizbar, oft auch hochgradig erregt, droht als Gott, die Wärter mit den furchtbarsten Qualen der Hölle, die eine wahre Gemüthsverrohung verrathen, zu bestrafen. Auch im weiteren Verlaufe bis jetzt bleibt das Krankheitsbild sich gleich, er wähnt sich der Nachfolger Gottes, spricht von Gott als seinem Vater, wird mitunter gegen die Mitpatienten aggressiv, wenn dieselben ihm die Anerkennung verweigern, zwischendurch ergeht er sich, ohne die Grössenideen zu verlassen, in den sonderbarsten Ausdrücken, um das Erkranktsein und die Vernichtung seiner Organe zu bezeichnen (seine Lunge sei faul, von der Pest heimgesucht etc.).

Das Interessante dieses Falles liegt in dem Nebeneinanderbestehen von Grössenideen und sogenannten hypochondrischen

Digitized by Google

Ideen, die einander gar nicht aufheben, und daher nicht als eigentliches Umschlagen der Stimmung anzusehen sind. Die hypochondrischen Ausführungen entspringen nur zeitweilig auftretenden neurasthenischen Beschwerden, die in übertriebener Weise vorgebracht werden. Und deshalb, weil die neurasthenischen Schmerzen nur zeitweilig sich geltend machen, hemmen sie die Entwicklung und das Bestehen des Grössenwahnes nicht, ja bei Mangel einer richtigen Correlationsbeurtheilung können dieselben sogar zu gleicher Zeit ohne gegenseitige Beeinträchtigung bestehen bleiben. Auch nach der Richtung ist dieser Fall lehrreich, als er zeigt, wie sehr man mit der Annahme von Gesichtshallucinationen bei Paralyse vorsichtig sein muss. Die Himmelfahrt und die Beschreibung des göttlichen Thrones etc. legen den Gedanken nahe, dass es sich um Hallucinationen handelt, und doch sind es thatsächlich nur Illusionen! Er unternimmt diese Ausflüge Nachts, bei ausgelöschtem Licht, gerade so, wie die Arbeiter sich erst um diese Zeit ihm zeigen. Es sind somit die vor dem Einschlafen auftauchenden Bilder, die im Sinne seines Grössenwahnes umgearbeitet werden. Charakteristisch ist folgende Bemerkung des Pat., als er eines Tages im Saale herumgehend, nach einer Ausgangsthüre sucht: „Mit dem Ausgehen trotz geschlossener Thüre (Himmelfahrt etc.) will es nicht immer gelingen, z. B. geht es jetzt nicht“.

Digitized by Google

Motivirtes Gutachten über den Geisteszustand des Schreibers C. Fr. A. Krüger[1]).

Von

Dr. **Alfred Richter,**
Oberarzt der Irrenanstalt der Stadt Berlin in Dalldorf.

Vorgeschichte. Der p. K. ist am 22. Juli 1863 zu Berlin ehelich geboren. Sein Vater war Gerber, seine Mutter eine geborene F.

In der Familie des Vaters des Provokaten waren Geisteskrankheiten heimisch; erstlich ist der Vater des Provokaten selbst in der alten Berliner Irrenanstalt im Jahre 1872 geisteskrank gestorben, sodann ist eine Schwester und ein Bruder des Vaters des Provokaten schwachsinnig gewesen. Letzteres hat die Mutter des Provokaten, welche übrigens selbst an Dementia postapoplectica leidend im Berliner Weibersiechenhaus starb, am 3. Februar 1882 auf dem 7. Polizeirevier zu Berlin deponirt. Was vom Provokaten selbst über diese und andere Verhältnisse seiner Familie verschiedentlich ausgesagt wurde, ist durchaus unglaubwürdig und gelegentlich aktengemäss widerlegt.

Die Mutter des Provokaten sagte bei derselben Gelegenheit aus: „Mein Sohn ging in die höhere Knabenschule von B. Louisenstr. 10. Er war sehr befähigt und brauchte ich auch deshalb, als mein

---

[1]) Gutachten über den Kranken sind bereits publicirt 1) Diese Zeitschr. 45. Bd., 1889, S. 472. Simulation von Geisteskrankheit bei einem schweren Verbrecher. Von Kreisphysikus Dr. *Wilbrand* und Dr. *Lotz* in Frankfurt a. M. 2) Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Dritte F. II. Bd., 1891, S. 213. Superarb. d. K. w. D. f. d. M. vom 18. Febr. 1891. Ueber den Geisteszustand des Zuchthausgef. K. aus B. (Erst. Ref. *Jolly*.). Ausserdem ist der Fall 3, besprochen von *Moeli*, über irre Verbrecher. 1888. S. 89 pp.

Digitized by Google

Mann verstorben war, kein Schulgeld mehr zu zahlen. Was den Charakter meines Sohnes anbetrifft, so war er bei der geringsten Gelegenheit sehr aufgebracht, namentlich wachte er des Nachts häufig aus dem Schlafe auf und schrie dann: „„Jagt mir doch die Männer fort!““, worauf ich und mein Mann, wenn diese Anfälle, die er von der frühsten Kindheit hatte, kamen, ihn beruhigen und öfters sogar kalte Umschläge auf dem Kopfe machen mussten.“

Nach der Schulzeit hat Provokat Verschiedenes angefangen. Aktenmässig erscheint er erst wieder auf der Unteroffizierschule in Potsdam. Er war am 9. October 1880 eingetreten, führte sich sehr gut, hatte sich stets willig und ruhig gezeigt und viel Lust und Liebe zur Sache an den Tag gelegt, auch nie eine Strafe bekommen. Da unterschlug er am 3. April 1881 ein an einen Kameraden gleichen Namens gerichtetes Packet. Er hatte nach der Unterschlagung an seinen Bruder nach Berlin geschrieben, dieser möchte sich als Absender bekennen; derselbe that es zuerst auch, widerrief jedoch hernach. K. bekam 16 Tage Mittelarrest, wurde in die II. Klasse des Soldatenstandes versetzt und entlassen.

Am Tage seiner Entlassung, dem 3. Mai 1881, versuchte er in Berlin einen schweren Raub (unter diesem Titel wurde er später verurtheilt), indem er auf den Droguisten, bei welchem er 1879 acht Tage in Condition gewesen war, mit einem geborgten Seitengewehr einhieb.

In der öffentlichen Sitzung des Schwurgerichtes am 4. October 1881 erschien K. geistesgestört, da er auf wiederholtes Befragen Seitens des Vorsitzenden nur die Anwort gab: „Ich habe mein Todesurtheil noch nicht unterschrieben“.

K. kam deshalb am 20. December 1881 nach der Irrenabtheilung der Königlichen Charité, wurde jedoch am 24. Januar 1882 als non alienatus in das Untersuchungsgefängniss zurückgeschickt.

Am 14. Juni 1882 in der Sitzung des Schwurgerichtes zu 3 Jahren 6 Monaten Gefängniss verurtheilt, trat er am 24. Juni 1882 seine Strafe in Plötzensee an.

Hier entwich er am 31. October 1882 Abends 7 Uhr, wurde jedoch schon Abends $11^1/_4$ Uhr wieder ergriffen. Er hatte trotz seiner Sträflingskleidung einen Passanten angesprochen und war mit ihm gegangen. Letzterer bekam, als er einen Wächter rief, von K. einen Schlag ins Gesicht.

Digitized by Google

K. erschien jedoch in Plötzensee ebenfalls geisteskrank und wurde deshalb am 3. Juni 1883 zum zweiten Mal nach der Charité gebracht. Diesmal blieb er bis zum 20. Februar 1884 und wurde nur gebessert entlassen. Trotzdem kam er in das Gefängniss zurück.

Hier blieb er dies Mal bis zum 9. April 1884; dann wieder kränker geworden kam er zum dritten Mal nach der Charité und von da am 23. Juni 1884 ungeheilt nach der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf.

In Dalldorf fand am 23. September 1884 sein erster Entmündigungstermin statt. Sachverständiger war Kreisphysikus Dr. F. Der Tenor dessen unter dem 4. December 1884 abgegebenen motivirten Gutachtens lautet: „Stellt man das ganze Verhalten des p. K. während jener Strafthat und während der Voruntersuchung so sorgfältig als möglich fest, so kann man sich nicht des Eindruckes erwehren, dass der p. K. bereits z. Z. jener That geisteskrank gewesen ist und dass dieselbe in Folge von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen verübt ist, eine Annahme, welche nicht wenig durch die Feststellung einer erblichen Disposition unterstützt wird, und welche es erklärlich macht, dass der Räuber die Kasse des Ladentisches verlässt und das fliehende Opfer bis in die dritte Stube verfolgt, um sich dort in den Finger seines Opfers so festzubeissen, dass er erst gewaltsam getrennt werden muss".

K. besserte sich nun in Dalldorf soweit und führte sich so, dass ein Antrag des Bruders, ihn auf einige Tage zu beurlauben, am 19. October 1884 ärztlicherseits befürwortet werden konnte. Eine vorläufig nur kurze (für einige Tage) Beurlaubung wurde ärztlicherseits auch dem Königlichen Polizei-Präsidium gegenüber befürwortet. Da bei diesem Bedenken nicht obwalteten, wurde K. am 17. December 1884 zu seinem Bruder nach Berlin gegen Revers beurlaubt, vom Bureau aus allerdings gleich auf unbestimmte Zeit; letzteres wurde aber auch dem Polizei-Präsidium, ohne dass Einspruch erhoben worden wäre, mitgetheilt.

Unterdessen wurde K. durch Beschluss vom 22. December 1884 als blödsinnig entmündigt.

K. missbrauchte jedoch seine Freiheit alsbald. Er hatte unter Mitwissenschaft eines Wärters ein Verhältniss mit einer jugendlichen Patienten hiesiger Anstalt angeknüpft und kam bereits zu zwei der nächsten Sprechstunden, unter die übrigen Besucher gemischt, ein

Digitized by Google

Taschentuch vor den Mund haltend, in der Absicht, jener Patientin eine Düte mit Confitüren und einen Ring zuzustecken. Schon Anfang Januar 1885 entfernte er sich von seinem Bruder, der ihn auch polizeilich abmeldete. Aber noch während seines Aufenthaltes bei diesem war jener Wärter zwei oder drei Mal bei dem Patienten, halb wider Willen die Verbindung mit jener Kranken aufrecht erhaltend. Diesem machte K., sein gefülltes Portemonnaie in der Tasche haltend, das Anerbieten, die Wärterstelle aufzugeben und mit ihm nach Amerika zu gehen. Das Geld war nach der Meinung des Bruders gestohlen; denn K. hatte nur in Verbrecherkellern verkehrt.

K. wurde dann beim Versuch eines Einbruchs am 10. Februar 1885 festgenommen und wegen alsbaldigen Verdachtes auf Geistesgestörtheit am 11. April 1885 zum 4. Mal nach der Charité gebracht. Hier brach er bereits den übernächsten Tag aus.

In der Nacht vom 7. zum 8. Juni 1885 entführte er darauf jene Kranke aus hiesiger Anstalt. Im Besitz von Nachschlüsseln und in Frauenkleidern war er in das betreffende Schlafzimmer des ersten Stockes gedrungen, wo sie in Gesellschaft mehrerer anderer Kranken schlief. Er lebte bis zum 24. Juni mit ihr zusammen. Am 27. Juni kam sie der Anstalt wieder zu. Nach Aussage der Patientin hatten sie sich im Thiergarten unfreiwillig getrennt. Jener Wärter, der während der Entführung in der Nähe des Thatortes gewesen zu sein scheint, hatte seinen Dienst am 29. April aufgegeben „wegen verletzer Ehre“ wie er sich ausdrückte. Man hatte ihn wegen anderweitiger Conspirationen mit bestraften Kranken, im Verdacht.

Mit ihm begab sich K., der seit seiner letzten Entweichung aus der Charité allein acht Diebstähle in Berlin ausgeführt zu haben scheint, während jener Wärter deren mit einem andern Cumpan ca. fünfzehn beging, auf Reisen, hier und da Einbrüche verübend, bis sie am 20. Juli 1885 in Olmütz festgenommen wurden. Aus der dortigen Frohnfeste entwich K. am 17. August, indem er durch den Closetschlot in eine Schleuse kroch, in der er weiter bis zu dem Festungsgraben watete, den er durchschwamm. Er wanderte dann nach Berlin, kam daselbst Mitte September an und beging daselbst wiederum vier Diebstähle und mehr, bis er am 17. October 1885 ergriffen und in das Untersuchungsgefängniss gebracht wurde.

Digitized by Google

Abermals verdächtig der Geistesgestörtheit kam er am 20. Januar 1886 zum zweiten Mal nach Dalldorf; diesmal direct.

Hier erschien er ängstlich, sah Gestalten etc. Kaum hatte er sich jedoch wieder etwas erholt und über seine Lage orientirt, so intriguirte er planmässig gegen das Wartepersonal und den Oberwärter und machte Veränderungen in der Handhabung seiner Behandlung nothwendig, die es ihm doch vielleicht mit ermöglicht haben am 9. März 1886 mit Hilfe von Nachschlüsseln, über deren Ursprung man nichts erfuhr, zu entweichen.

Er stahl nun mit einem gleichfalls aus Dalldorf entwichenen bestraften Kranken in Frankfurt a. O., Guben und Berlin und führte dann am 25. April 1886 einen Diebstahl in Frankfurt a. M. selbständig aus, durch den er Gegenstände im Gesammtwerthe von über 20000 M. entwendete. Darauf ging er nach Rotterdam, von wo er im Mai 1886 an das Berliner Polizei-Präsidium schrieb, er hätte sich für Ostindien anwerben lassen. Er kehrte jedoch nach Deutschland zurück und liess sich, nachdem von ihm Ende Juni bis Mitte September fünf Diebstähle in Magdeburg ausgeführt worden waren, unter fremdem Namen und Papieren in Cöln a. Rh. nieder. Einmal wollte er sich von dort aus ein Cigarrengeschäft in Wiesbaden kaufen, dann wieder sich zum Opernsänger ausbilden, zu welchem Zwecke er thatsächlich Unterricht nahm. Da ereilte ihn das Geschick am 29. September 1886. Mit seinem Gesanglehrer auf einer Rhein-Kahnfahrt begriffen, setzte ihm Criminalcommissar B. aus Berlin nach und nahm ihn fest.

K. kam nun am 5. October 1886 in das Untersuchungsgefängniss zu Frankfurt a. M. Da er hier bei dem Untersuchungsrichter den Verdacht auf Geistesgestörtheit erweckte, wurden zwei Sachverständige mit der Beurtheilung seines Zustandes betraut. Dr. *L.* gab unter dem 21. November 1886 sein Gutachten dahin ab: „K. ist Simulant gewesen uns gegenüber und ist vollständig geistesgesund". Dr. *W.* unter dem 24. November 1886 dahin: „K. ist seit mindestens anderthalb Jahren, wahrscheinlich seit December 1884, geistesgesund gewesen und ist es noch jetzt".

In der Hauptverhandlung vor der I. Strafk. des L.-G. Frkf. a. M. vom 5. Januar 1887 hielten die beiden Sachverständigen ihr Gutachten aufrecht. K. sagte: „Ich halte mich nicht für geisteskrank, ich will erst mal ärztlich untersucht werden". Er fing an zu toben,

Digitized by Google

um sich zu schlagen und zu brüllen. Von vier Mann mit Mühe abgeführt und gefesselt, setzte er das Brüllen, Schreien und Umsichschlagen, soweit möglich, fort. Gerichtsbeschluss 8 Jahr Zuchthaus. Wiederum hereingeführt, setzte er dieses „Benehmen“ fort.

K. kam darauf am 8. Februar 1887 nach der Strafanstalt Cassel. Von dort aus wurde er am 21. Juni 1887 zum ersten Male wegen der bereits erwähnten Diebstähle nach Magdeburg transportirt. Gleich nach seinem Erscheinen im Sitzungssaal warf er sich auf die Knie und sprach abwechselnd die Worte: „Gnade, ich bin gefoltert; es zuckt durch alle Poren“ und wiederholte dieselben $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde lang. Die Sache wurde deshalb vertagt und K. am 18. October 1887 zum zweiten Mal nach Magdeburg transportirt. Diesmal waren die Sachverständigen *L.* und *W.* auch zugegen. Sie hielten ihr Gutachten auch jetzt noch aufrecht. K. benahm sich diesmal ruhig und wurde zu weiteren 4 Jahren Zuchthaus verurtheilt und da er in Cassel sich selbst zweier Diebstähle in Berlin geziehen hatte, wurde gleich auf den 10. Januar 1888 eine dritte Sitzung in Magdeburg anberaumt. Auch zu dieser transportirt, gab er jedoch keine Erklärung, sondern äusserte zu verschiedenen Malen in ungebührlichem Tone: „Sie sind parteiisch, Sie sind ungerecht; ich weiss es, ich habe es gehört, der Criminalcommissar Braun, der Schwindler.“ Hierauf sprang er von der Anklagebank weg nach einem Fenster, zerschlug die Scheiben und war im Begriff, durch dieses zu stürzen. Erfasst und gehalten tobte er, so dass er gefesselt werden musste. Da bei dem Benehmen des K. die Sachlage nicht festgestellt werden konnte, erkannte das Gericht auf Freisprechung. Gegen dieses Urtheil legte K. Revision ein! Auf dem Rücktransport nach Cassel war er noch schlimmer als in der Sitzung.

Unter dem 27. Juli 1887 war die Entmündigung des K. wieder aufgehoben worden, nachdem in einem Explorationstermine am 12. Juli 1887 die Dr. Dr. *G.* und *A.* ihn für geistesgesund erklärt hatten.

Es sei noch erwähnt, dass K. in Cassel am 16. Februar 1889 fünf Tage Dunkelarrest wegen fortgesetzten Querulirens, trotz Verbotes bei der Vorführung, bekam.

Am 8. März 1889 nun steckte K., unter dem Banne von Sinnestäuschungen, die Strafanstalt Cassel in Brand, indem er im

Digitized by Google

Arbeitssaale die Petroleumkanne ausgoss und Kohlen in das ausgegossene Petroleum warf. Es verbrannten bei diesem Unglück zwei Züchtlinge. Der Strafanstaltsarzt Dr. *A.* erklärte ihn aber auch jetzt noch (am 16. Mai 1889) für gesund.

Diese Sache ging jedoch weiter an das Königliche Medicinal-Collegium in Cassel und in einem umfassenden Gutachten vom 25. October 1889 erklärte dasselbe: „K. ist ein auf Grund erblicher Degeneration von jeher geistig abnormer Mensch. Infolge dessen leidet er seit etwa 8 Jahren an erblich degenerativer Geisteskrankheit von periodischem Verlauf. Er ist sowohl in den acuteren Anfällen als in den relativ freien Zwischenräumen in einem Grade geisteskrank, welcher ihn der freien Willensbestimmung im Sinne des § 51 Str.-Ges.-B. beraubt. Er befand sich zur Zeit der incriminirten That und befindet sich zur Zeit in einem Zustande von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, resp. ist. Seine Geisteskrankheit ist unheilbar."

Unter dem 30. November 1889 wurde K. in die Strafanstalt Wehlheiden verlegt.

Unter dem 21. December 1889 beantragte die Staatsanw. bei der I. Strafk. L.-G. in Cassel ein Obergutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen.

Unter dem 28. Mai 1890 kam K. nach der Irrenstation des Strafgefängnisses Moabit. Der Director von Wehlheiden hatte in seinem Antrage keine Zweifel mehr an der Geistesstörung des K. Der Anstaltsarzt gab in seinem Fragebogen weder eigene thatsächliche Beobachtungen über das Seelenleben des K., noch irgend ein Urtheil über denselben.

Unter dem 18. Februar 1891 erging das beantragte Gutachten der wissenschaftlichen Deputation; es lautet: „Hiernach müssen wir annehmen, dass K. nicht nur jetzt, sondern höchst wahrscheinlich seit vielen Jahren, in einem Zustande von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit sich befindet und insofern als ein irrer Verbrecher anzusehen ist."

Unter dem 1. August 1891 kam K. schliesslich zum 3. Mal nach Dalldorf.

Eigene Beobachtung. Status praesens psychicus. Journaleinträge (auszugsweise) 1. August 1891. Hat auf dem

Digitized by Google

Transport zum Oberwärter gesagt, es sei ihm Unrecht geschehen, er sei zu hart bestraft worden. 2. August. War ruhig, hat Nichts geklagt. Hat ordentlich gegessen. Auf Befragen theilt er heute mit, dass sein Schlaf schlecht sei und dass er auch vergangene Nacht schlecht geschlafen. Kopfschmerzen hätte er hin und wieder. 5. August. Bisher isolirt, meint er, wenn das so fort ginge, dann wolle er lieber nach Moabit zurück, weil er es dort besser hätte. 6. August. Er habe sich seit seiner Entweichung von hier (9. März 1886) keine Mühe um Arbeit gegeben, weil doch alsbald die Polizei sich seiner wieder bemächtigt haben würde. In Cassel hätte er sich sehr gut geführt, sei dafür aber krumm geschlossen worden bei 5° R. Solche Behandlung habe er durch etwaige schlechte Führung also nicht verschuldet. Als die Leute wirklich Grund hatten, ihn schlecht zu behandeln, als nämlich die Mördergrube abgebrannt war, da hätte man ihn nicht krumm gelegt. Schlecht genug sei er in Cassel, Wehlheiden und Moabit behandelt worden, am schlechtesten jedenfalls in Cassel. In Cassel habe er an der Strickmaschine arbeiten müssen. In Wehlheiden habe man ihm aufgegeben, Stricke zu flechten. Als er draussen vor seiner Zellenthür aber die Worte hörte: „Nun kann er sich seinen Strick selbst flechten!“ habe er solche Arbeit eingestellt. So dumm sei er noch nicht, dass er sich selbst seinen Strick flechten werde. Als ihm entgegnet wird, dass heut zu Tage es nicht so leicht sein dürfte, einen missliebigen Menschen ohne Weiteres durch Aufknüpfen um die Ecke zu bringen, sagt er: So etwas sei in unserm Preussischen Staate wohl möglich, dafür spreche seine Erfahrung. Was habe man auch anders von solchen frechen Leuten zu erwarten, die sich vor Gericht hinstellen und einen Meineid schwören. Solche Leute seien zu allem fähig, auch ihn am selbstgeflochtenen Strick aufzuhängen, um dann zu erklären, er habe sich das Leben genommen. 17. August. Die elektrischen Einwirkungen in der Strafanstalt beruhten auf Thatsächlichkeiten und wurden ihm in Cassel, Wehlheiden und Moabit zugefügt. Erst vorgestern Nacht habe er von diesen Dingen hierselbst ebenfalls Wahrnehmungen gemacht; er müsse das aber noch weiter beobachten. Solche Dinge würden mit ihm betrieben einzig zu dem Zwecke, damit seine Peiniger ihr Vergnügen daran hätten. An der Spitze derselben stehe der Oberinspector in Cassel; dass aber auch Gerichtspersonen, z. B. der

Digitized by Google

grauköpfige Staatsanwalt in Magdeburg, solcher Dinge fähig sein wäre selbstverständig. 9. September. (Auf einen halben Bogen Papier) Telephon: Dalldorf-Polizei-Präsidium-Berliner Localanzeiger Meineidige Criminalbeamte, wahnsinnige Zeitungsreporter, die sollen an mir nichts verdienen, deshalb habe ich alles wieder ausgelöscht (ist am obern Theil des Bogens der Fall). Aber das kann in die Zeitung oder an die Säulen kommen, dass meine Sippschaft 1 M 75 Pf. pro Tag bezahlen muss. Soviel kommt aber nicht raus selbst wenn sie die Blitze und Donnerschläge und den erbärmlichen meineidigen Schwindel mit auf Rechnung setzen. Mit vorzüglicher Hochachtung nomen est omen. 12. September. Missglückter Versuch auszubrechen. Unverändert bis 1892. 3. Februar. Werden Sie noch elektrisirt? — „Nein". Seit wann? — „Seit einigen Monaten". Was war das? — „Das wissen Sie selbst".

Am 6. Februar stand nun Termin an. Aus dem Colloquium soll nur der Kern der K'schen Aeusserungen, die alle erst auf Befragen erfolgten, hier angeführt werden: „Es erschien ihm häufiger in Cassel und Wehlheiden eine weisse, hässliche Frau, jetzt liessen diese Erscheinungen nach: er könne das in dem Moment der Erscheinung nicht für krankhaft halten. Er hörte auch schimpfen. Er glaubte die Beamten schrien durch das Ofenrohr. Wenn er vom Baden zurückkehrte, hielten sie sich gleich über ihn auf und zogen über ihn her. In Dalldorf war das die erste Zeit auch. Er war sich dessen nicht bewusst, dass es ein krankhafter Vorgang war. Sodann kreisten elektrische Ströme durch seinen Körper und die Electricität schlug ihm durch den Kopf. Das waren jene Donnerschläge. Er glaubte sie kämen vom Oberinspector Pr. in Cassel; er war sich dessen nie bewusst, dass das ein krankhafter Vorgang war. Wenn wir in sein Inneres sehen könnten, würden wir die sorgfältigen Massregeln zu seiner Bewachung fallen lassen! Als er am 9. März 1886 hier entsprang hatte er einen Schmerz, wie er sich kaum beschreiben lässt; auch als er draussen war, änderte sich sein Zustand nicht und er fühlte immer noch dieses furchtbare Weh. Weg sei das auch jetzt nicht, aber er kenne die Ursachen; sie seien innerlich. Er sei selbst daran schuld, nicht andere. Natürlicherweise „wenn man raus ist, so wird man verfolgt draussen". Das steigere sich immer dadurch. Jetzt sage er, das liege in ihm, das sei Melancholie, wo kein

Digitized by Google

Mensch schuld dran sei, er selbst nicht. Jetzt halte er diese Aengstlichkeit für eine Krankheit."

Ich vernahm ihn nun noch nach dem Termin am 19. April d. J. bei der körperlichen Untersuchung. Er erzählte, allerdings nur immer auf Befragen und wortkarg, dass es Phantasie von ihm gewesen sei, wenn er sich eine Lohengrinrüstung bestellte und die Absicht hatte, in Cöln an das Stadttheater zu gehen. Er glaube jetzt auch nicht, dass jene entführte Kranke in Cöln im Tannhäuser die Venus sang; er glaube jetzt auch nicht, dass er in Cassel etc. Nachts Quecksilber eingespritzt bekommen hätte, obschon sich dies durch einen Mechanismus in der von ihm angenommenen Weise bewerkstelligen lasse, es sei auch nur Täuschung gewesen, wenn er annahm, es wurde in Cassel durch die Ofenrohre gesprochen; er denke auch, dass es in einem krankhaften Zustande seiner Nerven liege, wenn er an elektrische Reizungen und jenes Stechen zum Einspritzen des Quecksilbers glaubte.

Er ging aber noch weiter. Er bat den Tag nach dieser Untersuchung um Papier und schrieb, dass er zu Unrecht zu 12 Jahren Zuchthaus verurtheilt sei; er wisse Bescheid und dieses Wissen beeinflusse sein Denken und Empfinden, sein ganzes geistiges Wesen. Er sei nämlich zur Zeit der von ihm begangenen strafbaren Handlungen nicht geistig gesund gewesen obschon die Frankfurter Sachverständigen das Gegentheil behaupteten, was sie übrigens selbst nicht glaubten. Sie hätten sich in ihrem Urtheil über ihn widersprochen. Ob es überhaupt möglich sei, Stupor und Verrücktheit zu simuliren, wie es die Sachverständigen an ihm gesehen haben wollen, vermöge er nicht zu beurtheilen, das müsse er vielmehr dem Urtheil von Experten überlassen, welche ehrlicher seien als die beiden Frankfurter und etwas mehr verstehen. In Cöln sei er „oben" nicht ganz richtig gewesen, aber seine Wirthin und Herrn Brühl aus Wiebaden, die das wussten und auch ausgesagt hätten, ohne sich von schneidigen Zeitungsartikeln beeinflussen zu lassen, hätte man wohlweislich nicht zur Voruntersuchung geladen. Und das Magdeburger Erkenntniss sei schon deshalb ungültig, weil der als Zeuge geladene Pr. aus Cassel einen Meineid geleistet habe.

Den 23. April erzählt er nun weiter, dass ihm von Pr. in Cassel durch die Ventilations- und Heizungsröhren gesagt wurde,

Digitized by Google

er, Pr., werde ihn stumm machen. Das sei möglich, denn die Luftröhren zogen sich durchs ganze Haus. Er hörte durch die Heizungsröhren: „Wenn er nicht still ist, packen wir ihn in den schwarzen Kasten und er kommt nach Marburg. Wenn er nicht stumm ist, machen wir ihn stumm. Da werden wir nicht viel Federlesens machen.“ Pr. habe ihn auch durch Drohungen und Rathschlage, die er ihm ertheilte, zum Selbstmord bringen wollen. „Für den ist am besten, wenn er sich erhängt, seinem Leben ein Ende macht. Wenn er man erst weg wäre.“ Das hörte K. durch die Heizung. „Da liegt ja ein ganz Dutzend Rasirmesser, schneide dir doch die Kehle durch. Das Feuer soll dich verzehren. Da steht ja die Petroleumkanne.“ Ob Pr. wirklich draussen stand, fügte nun K. hinzu, könne er nicht entscheiden, das solle ja Krankheit sein! Pr.'s Meineid hätte übrigens darin bestanden, dass er bei der Verhandlung in Magdeburg sagte, K. hätte sich gut geführt, während er thatsächlich 14 Tage Arrest gehabt hätte; Pr. hätte jedoch letzteres verschwiegen, um dem Gericht keine Veranlassung zur Annahme zu geben, K. sei geisteskrank; Pr. hätte den K. geistesgesund haben wollen. Diese Erkenntniss über Pr. sei ihm übrigens erst hier gekommen, während er früher annahm, Pr. verheimlichte die 14 Tage nur, weil er mit den Gefangenen machen wollte, was er wollte. Dass er in Magdeburg nicht selbst die Sache richtig stellte, sei ein Beweis, dass er nicht klar war.

Status praesens somaticus. Haar blond, blonder Vollbart. Die rechte Stirnhälfte ein wenig mehr vorstehend als die linke. Ueber dem linken Stirnbein eine kaum sich markirende diffuse und über dem rechten Hinterhauptsbeine eine strichförmige Narbe. Nach der Aetiologie derselben wird Patient nicht gefragt. Glabella sichtbar. Horizontaler Schädelumfang 57,0 cm, coronarer 32,5 cm., sagittaler 39,0 cm. Rechtes Ohr 7,0 cm lang, linkes 6,9 cm. Die Ohrläppchen frei. Das Beklopfen des Kopfes nirgends schmerzhaft. Trommelfelle in Ordnung. Das Hören auf dem linken Ohr ist weniger scharf als das auf dem rechten. Die Haut des Kopfes und auch die des Halses, Rumpfes und der Extremitäten von richtiger Empfindlichkeit. Regenbogenhäute blau; die linke Pupille weiter als die rechte; Pupillen reagiren. Das linke Auge hat eine geringere Sehschärfe als das rechte. Die

Digitized by Google

Augenlider bedecken übrigens die Augäpfel beiderseits in gleicher Weise. Geruch auf beiden Nasenlöchern vorhanden. Zunge gerade, ruhig. Geschmack auf beiden Seiten der Zungenspitze vorhanden. Im Oberkiefer fehlen die meisten Zähne, auch die untern hintern sind schlecht. Das Zäpfchen hängt eine Wenigkeit nach links. Keine Halsdrüsen. Hautfarbe weiss, Ernährung gut, Arme mässig kräftig. Brustumfang 84—89,9 cm. Untersuchung der Lungen ergiebt nichts Krankhaftes, auch nicht die des Herzens. Neigung zu Schweiss. Puls 102 pro Minute; dabei erfolgt immer eine Anzahl Schläge schneller hintereinander als die andern. Keine Inguinaldrüsen. Bauchdecken, Zwerchfell und Cremasterreflex vorhanden. Cremasterreflex links stärker. Rechter Hode tiefer hängend als linker und auch kleiner; linker von normaler Grösse. Glans penis unbedeckt; Praeputium wulstig. Hypospadie. Patellarreflex lebhaft Füsse richtig gebaut, etwas gross. Kein Clonus.

Während der Untersuchung ist Patient scheu, ängstlich und schreckhaft.

Gutachten. Da sich der Zustand des Provocaten, wie aus dem ganzen Vorhergehenden ersichtlich ist, in letzter Zeit und namentlich in Dalldorf, wieder gebessert hat, so handelt es sich besonders darum, diese Besserung zu würdigen, resp. klar zu legen, wie krank K. jetzt noch ist. K. hat zu Folge seiner Besserung soviel Ruhe gewonnen, dass er im Stande ist, über seinen Zustand resp. dessen Verhältniss zu seiner Vergangenheit, zu reflectiren und that das nicht nur im Colloquium am 6. Februar cr. und nachher in den Unterredungen mit mir, er thut es auch schriftlich und legt diesem, übrigens nicht datirten Schriftstücke, eine gewisse Wichtigkeit bei. K. behauptet jetzt nämlich seit seiner Entweichung aus Dalldorf (Am 9. März 1886) bis vor kurzem krank gewesen und deshalb für alle seine Delicte, die er seit damals begangen, straffrei, jetzt aber gesund zu sein und deshalb entlassen werden müssen: er wolle sich ehrlich ernähren; wenn er wieder krank werden sollte werde er es schon merken und zurückkehren.

K. ist aber noch krank. Es ist ja richtig, dass er augenblicklich keine Sinnestäuschungen mehr hat, er ist aber wie das Vorhergehende an vielen Stellen beweist, nicht im Stande seine früheren Sinnestäuschungen zu rectificiren; denn wenn er nach jener lebhaften Schilderung seines hallucinatorischen Geisteszustandes vor

Digitized by Google

jener verhängnissvollen Scene im Zuchthaus zu Cassel hinwirft: „Das soll ja Krankheit sein“, so ist das nicht einmal die Aeusserung eines an seinen krankhaften Geistesvorgängen Zweifelnden, sondern Eines der von ihrer Realität noch überzeugt ist und nur aus Zwang gegen seine krankhafte Ueberzeugung redet. Aber ganz abgesehen von diesem Unvermögen, seine Sinnestäuschungen corrigiren zu können: K. glaubt sich noch jetzt verfolgt. Der Hass auf seinen Bruder, welcher übrigens seinen ersten Keim in jenem nach Potsdam geschriebenen Widerruf haben mag, ist ganz unberechtigt, oft vorstellungslos und krankhaften Affectes. Der Inspector Pr. in Cassel verfolgt ihn, die Frankfurter Aerzte haben ihn aus böser Absicht für gesund erklärt und die Frankfurter Richter vernahmen ihm günstige Zeugen nicht: Alles, wie er sich die Sache jetzt zurecht legt, um ihn nicht für das gelten zu lassen, was ihm jetzt gewesen zu sein recht ist und für was gewesen zu sein er sich jetzt zum Theil wenigstens hält, nämlich krank, „unklar“, wie er sich milde ausdrückt. In der Absicht, gesund zu erscheinen, verzichtet er auf seine Ueberzeugung betreffs der früheren Sinnestäuschungen; aber während er sich gesund meint, baut er bereits wieder jenes Wahnsystem der Verfolgung auf. Mag ein Geisteskranker auch dissimuliren, Gesundheit vermag er nicht zu simuliren.

Dann ist K.'s ganzes Benehmen pathologisch. Er ist mürrisch, verschlossen, scheu, ängstlich, misstrauisch, verbittert; keine Spur von Reue, kein Gedanke an Dankbarkeit. Er ist der Gekränkte, sein gutes Recht ist ihm nicht geworden, und das Alles bei seiner Vergangenheit!

K. ist also noch geistesgestört.

Fragen wir nun nach dem Beginn seiner Geistesgestörtheit, so schliesse ich mich dem citirten Gutachten namentlich des Medicinalcollegiums der Provinz Hessen-Nassau an, dass K. bereits seit 1881 ununterbrochen, wenn auch mit Schwankungen, geistesgestört ist, ja von Haus aus abnorm veranlagt war. Schon in dieser Art und Dauer seines Leidens liegt die Prognose inbegriffen: K. wird erfahrungsgemäss nie wieder gesund werden; er ist originär verrückt, wie ich ihn bereits 1884 diagnosticirt hatte.

Seine Geisteskräfte haben übrigens schon gelitten, wenn auch sein Gedächtniss im ganzen noch gut ist und er schlagfertig rechnet,

Digitized by Google

aber es laufen ihm auch hier Irrthümer unter. Wie übrigens doch schon seine ganze planlose Laufbahn im Allgemeinen und im Einzelnen den Verrückten documentirt und wie er sich jetzt nach dem unter „eigene Beobachtung“ Angeführten in Widersprüche verwickelt, so beweisen eine Menge seiner kranken Ideen, wie das freie Spiel seiner Vorstellungen und Gegenvorstellungen erheblich gelitten hat und die Meinung, die er sich über seine Zukunft bildet, ist doch sehr naiv. Auch das Gelingen vieler seiner Einbrüche; ohne ergriffen zu werden, beruht mehr auf seiner grossen Frechheit und auf Mangel an Vorsicht, als auf planvoller Ueberlegtheit; es war ihm ja in vielen Episoden seines Lebens, wie er selbst sagt, Alles gleichgültig. Und der ungeheure Freiheitsdrang, von dem er gleich vielen bestraften Irren beseelt wird, ist auch nur mehr triebartig als auf Vorstellungen beruhend; denn auch in diesem Punkte geht ihm das Urtheil über die eigene Person ab: dass er nämlich noch nie im Stande war, mit Ausdauer Etwas zu vollbringen. Dazu gehört eben noch etwas Anderes als eine blosse gute Begabung.

K. ist demnach als im Raub von Wahnvorstellungen und geneigt zu krankhaften Affecten nicht im Stande, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen.

Digitized by Google

Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe.

Statistische, klinische und anthropologisch-biologische Untersuchungen.

Von

Dr. **P. Näcke**-Hubertusburg.

Erst der neuern Zeit war es vorbehalten, auch der Verbrecherklasse medicinisches Interesse abzugewinnen und zwar ging der Anstoss zum genauen Studium der Verbrecherseele, wie natürlich, von den Strafanstaltsärzten aus.

Delbrück[1]) (26, 25, 24) war es wohl zuerst, der genauer die Psychosen der Strafgefangenen untersuchte und soweit klarstellte, dass seine Ausführungen noch heute als klassisch zu gelten haben und den Ausgangspunkt für alle weitern Bearbeitungen des Gegenstandes wurden.

Seit *Delbrück*'s Zeiten hat sich ein grosser Eifer auf diesem interessanten Gebiete gezeigt und nicht nur Gefängnissärzte, sondern auch Aerzte an Irrenanstalten berichteten über Verbrecherpsychosen, wobei der Eine seine Aufgaben enger, der Andre weiter fasste. Sie Alle aber kamen doch immer wieder zu dem Schlusse, dass unter den Bestraften ein nicht unbeträchtlicher Theil schon z. Z. der That psychisch erkrankt, ein anderer von Haus aus abnorm geistig geartet war, schon dem engern oder weitern Gebiete der Psychosen angehörte oder doch eine starke angeborne Anlage dazu mitbrachte, dass endlich das Leben im Strafhause manche Momente enthält — die freilich meist übertrieben wurden —, um bei gegebener Disposition während der Strafzeit den Irrsinn zum Ausbruche kommen zu lassen. Daran schlossen sich selbstverständlich

[1]) Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf die Nummern des angehängten Literaturverzeichnisses.

Digitized by Google

scharfe Hiebe auf die gegenwärtige Justiz, die Gefängnisspraxis etc., mit mancherlei beherzigenswerthen Vorschlägen.

Diese Stimmen wurden schliesslich so laut, dass auch die Juristen begannen, die Angaben und Vorschläge ihrer Angreifer zu prüfen und heutzutage erblicken die Weitblickenden unter ihnen, mit den entsprechenden medicinischen Arbeiten Vertrauten, in dem Verbrecher nicht mehr, wie früher, fast ausschliesslich nur das Object der Rechtspflege, sondern auch das Subject im medicinischen Sinne.

Hierzu haben besonders die Bestrebungen *Lombroso*'s und seiner Schule viel beigetragen, ein Verdienst, das nicht hoch genug gepriesen werden kann. Eine neue juristische Schule, die der sogenannten Positivisten oder richtiger gesagt: die anthropologisch-biologische ist daraus hervorgegangen und gewinnt in allen Ländern mehr und mehr Boden; ihr gehört sicher die Zukunft an und schon haben verschiedene Gesetzgebungen angefangen ihren Forderungen gerecht zu werden.

Damit gewinnt die Sache natürlich an allgemeineren Interesse, mag auch das Gros der Rechtsgelehrten den neuen Dingen noch gleichgültig oder gar feindlich gegenüberstehen, wie auch einzelne Regierungen.

Trotz vielfach divergirender Meinungen der Mediciner im Einzelnen, trotz des noch tobenden Kampfes zwischen Klassizisten und Positivisten im Juristenlager, fängt doch die Situation an sich mehr und mehr zu klären, dank den vereinten Anstrengungen einheimischer und fremder Forscher.

Noch giebt es aber viel zu thun, bevor sich die bei den medicinischen Fachleuten nirgends bestrittne Ansicht vollkommen Bahn bricht, dass viele Verbrecher ab ovo abnorme, kranke Menschen sind, dass noch täglich Leute ihre Strafe absitzen, trotzdem sie offenbar die letzte That im geistig unfreien Zustande begingen, dass endlich so Manche im Gefängniss geisteskrank werden, ohne rechtzeitig erkannt zu werden und in zweckentsprechende Behandlung zu kommen.

Es ist eine schöne und humane Aufgabe, diese Schäden dem Laien aufzudecken und immer und immer wieder durch neue Beweise den Thatbestand klar zu legen, in der Hoffnung, dass künftig Justizmorde seltener werden und der Geisteszustand der Gefangnen

Digitized by Google

mehr als bisher genau beobachtet wird, um rechtzeitig entsprechende Abwehr und Hilfe bringen zu können.

Dann endlich wird auch die Sonne der Gerechtigkeit über die grosse Masse der geistig Defecten scheinen, die ganz besonders zu Conflicten mit der socialen Ordnung neigen!

Bei Einsicht in die einschlägige Literatur, fällt es nun auf, dass die Untersuchungen sich meist auf Männer beziehen; auch unter den mitgetheilten Krankengeschichten begegnen wir selten einer Verbrecherin.

So weit ich sehen kann, giebt es nur eine einzige Arbeit, die sich ausschliesslich mit Frauen und zwar geisteskrank gewordenen Sträflinginnen, in klinischer Hinsicht, befasst, dies ist die von *Köhler* [86 [1])], welche aber mehr allgemeine Sätze, als eingehende Untersuchungen giebt, zu einseitig erscheint, bezüglich der so wichtigen Krankengeschichten nur Notizen mittheilt und sich ausserdem auf ein relativ kleines Material stützt. Immerhin ist sie werthvoll, da sie die erste derartige Arbeit vorstellt und interessante Ergebnisse enthält.

Da ich nun in der Lage war, in den letzten 3 Jahren eine grosse Reihe von geistig gestörten Sträflinginnen in der Irrenanstalt zu Hubertusburg zu sehen — ein Theil derselben ist schon von *Köhler* mit verarbeitet worden — so glaubte ich eine Lücke ausfüllen zu helfen, wenn ich das vorliegende, ziemlich reichliche Material nach den verschiedensten Gesichtspunkten untersuchte, zumal ich es früher auch viel mit geisteskranken Verbrechern zu thun hatte, sie also an passender Stelle mit den Frauen in Parallele setzen konnte.

Durch die neuen anthropologischen Arbeiten *Lombroso*'s und seiner Schule angeregt, glaubte ich aber auch die anthropologisch-biologische Seite des weiblichen Verbrecherthums mit in das Bereich der Forschungen einziehen zu müssen, zumal von deutscher Seite nur wenig anthropologische Untersuchungen an Verbrechern vorliegen und über die Frauen in dieser Hinsicht so gut wie keine Angaben existiren, so dass man diesbezüglich fast nur auf das Buch *Lombroso*'s „Vom Verbrecher" (110, 111), [besonders den

[1]) *Lombroso*'s „Donna criminale e prostituta" (109) ist wiederum fast ausschliesslich anthropologisch-biologisch, ohne jedoch eingehend zu sein.

Digitized by Google

2. Band[1])] angewiesen ist, trotzdem hier vorwiegend die Männer behandelt sind; doch giebt es auch noch einige fremde Monographien, die besprochen zu werden verdienen. Gerade hier dürfte also noch viel zu thun übrig bleiben.

Von den 6 Abschnitten unsrer Arbeit[2]) bringt der erste im Auszuge die Krankengeschichten, die leider oft unklar, ungenau im Originale sind. Hier wird nur das Wesentliche davon mitgetheit, doch so, dass Jeder, so gut es angeht, den Beginn, den Verlauf der Psychose, ihre Diagnose etc. controlliren kann und nebenbei darin Manches findet, das von allgemeinem, socialen Interesse ist. Der 2. Abschnitt behandelt die Statistik unsers Materials nach den verschiedensten Gesichtspunkten; der 3. die in dem Gefängniss beobachteten Psychosen; der 4., deren weitern Verlauf im Irrenhause nebst der Frage nach der Unterbringung der sogenannten irren Verbrecher.

Der 5., grösste, Abschnitt bezieht sich auf die anthropologisch-biologische Untersuchung unseres Materials, und der 6. endlich beleuchtet kurz das wechselseitige Verhältniss von Irrsein und Verbrechen und berührt dabei einige damit zusammenhängende psychologisch-biologische Momente.

Das angehängte Literaturverzeichniss kann zwar bei dem grossen Umfange des Gegenstandes nicht auf Vollständigkeit Anspruch machen, hat aber hoffentlich keine der wichtigeren, neuern, besonders deutschen medicinischen Schriften unberücksichtigt gelassen und wird so, denke ich, eine brauchbare und willkommene Bibliographie für die verschiedensten einschlägigen Fragen abgeben.

I.

A. Aus Strafanstalten zugeführte geisteskranke Frauen.

1. A . . . . s, Anna Marie, 29½ Jahre alt, Dienstmagd, ledig, ohne erbliche Anlage, gewöhnlich befähigt, von Jugend auf verwahrlost, wegen

[1]) Auf seine kleine Arbeit „Donna criminale e prostituta" (109) ward schon hingewiesen; er will demnächst ein grosses Buch über die Donna criminale herausgeben.

[2]) Die Hauptergebnisse derselben wurden schon in 2 Vorträgen im Berl. psychiatr. Vereine (s. d. Zeitschr. Bd. 48 u. 49) mitgetheilt, ebenso eine vergleichende Studie über Degenerationszeichen auf den 3. internation. Congresse für criminelle Anthropologie zu Brüssel (1892) vorgelesen, die in dem Compte-rendu desselben erscheinen wird.

Digitized by Google

Diebstahls und Betrugs vielfach, zuletzt mit Zuchthaus (3½ J.) bestraft. In den Strafanstalten wegen Frechheit, Faulheit, Liederlichkeit oft bestraft, 1881 in einer aktenmässigen Notiz als „gutmütig, aber moralisch sehr verkommen" bezeichnet. Nach ca. 1 jährigem Aufenthalte im Zuchthause allmälig Eintreten von hallucinatorischen Verrücktheit, die seit April 1887 sehr deutlich wird. Grosse Unruhe durch massenhafte Gehörstäuschungen, Schimpfen, schlechter Schlaf, verworrene Briefe, allerhand Verfolgungsideen. Hier seit dem 26. August 1887. Bis jetzt fast unverändert, für sich immer schwatzend, zeitweis sehr erregt, schlägt dann auch. Hat viel Gehörstäuschungen, schimpft deshalb fast fortwährend; verworrene, tolle Wahnideen: man wolle ihr Kind verderben etc. Briefe total durcheinander; Abschwächung der Intelligenz, Gedächtnisdefecte. Zeitweis Anklänge an Grössenideen. Bleibt stets für sich, arbeitet selten, nur in ruhigeren Zeiten. — Kräftig, untersetzt. Ohrläppchen angewachsen, Zähne unten nicht ganz regelmässig gestellt, sonst ohne Degenerationszeichen.

2. A . . . d, Marie Therese, 66 Jahre alt, ledig, diente. Eltern wohlhabend. Wegen Diebstahls zweimal Gefängniss; erkrankte in der 3. Untersuchungshaft wahrscheinlich in Folge übertriebener Onanie (?) an allgemeinen Wahnsinn mit Sinnestäuschungen; Stimmungswechsel, lärmsüchtig, zornig, sexuell sehr erregt, onanirte stark. Seit 1853 in verschiedenen Irrenanstalten; scheint schon früher geistig nicht intact gewesen zu sein. Erst hochmüthig, arbeitsscheu, jähzornig, unzüchtig und lärmsüchtig, verblödete sie rasch und war seit Jahren ganz harmlos, unrein, vor sich unzusammenhängend schwatzend, weiss nur Vornamen und Geburtsort. — Klein, spärliches, weisses Haar, Ohrläppchen gross, breit, im Gesicht vielfache, kleine Fibrome, Augen tiefliegend; an der Iris innen rechts schwacher, brauner, unregelmässiger Ring, links nicht. Wenig Zähne, die beiden Eckzähne unten sehr gross und etwas schief. Hilflos, läuft langsam: choreatische Handbewegungen. In den letzten Wochen ganz marastisch, starb am 29. Mai 1890. Gallensteine fanden sich vor und ein riesiges, diffuses Uterusmyom.

3. B . . . r, Anna Katharine[1]), 23½ Jahre alt, ledig, gut befähigt, sehr gute Schulkenntnisse. Kinderreiche Familie, Vater brav, aber sehr zornig, scheint apoplektisch gestorben zu sein; Mutter und verschiedene Geschwister öfter bestraft, die Familie übel beleumundet. Als Kind belobt, will aber aus Wuth öfter Bücher zerrissen haben. Diente erst, ging dann in eine Fabrik. Gute und schlechte Dienstzeugnisse. Lebte ziemlich solid,

[1]) Ausführlich von mir in dieser Zeitschrift, Jahrgang 1890 p. 255 ff. geschildert. Gegenüber dem hierüber von *Dornblüth* erstatteten Referat (neurolog. Centralblatt, 1891, p. 574), muss ich mich doch in diesem Falle mehr für Paranoia und zwar Paranoia chron. simplex (Beeinträchtigungs- und Grössenideen fehlten nicht andeutungsweise) als dem „angebornen Schwachsinn", wie D. möchte, entscheiden.

Digitized by Google

verkehrte mit Wenigen, war im Allgemeinen leicht heftig, lügnerisch, geneigt zu Betrug und kleinen Diebereien, fälschte Briefe, putzsüchtig, wechselte oft den Dienst. Auch impulsive Handlungen: zerschnitt einmal ohne Grund ihren Mantel; ein andermal lief sie 2 Stunden in den Strassen umher, ohne jede Absicht. Ihr damaliger Dienstherr hielt sie schon damals für geistig gestört. Liebe zur Familie scheinbar gering; gegen ihre Freundinnen falsch, dachte sogar einmal daran, die Eine zu tödten, um sie zu berauben. Erschlug in raffinirter Weise und kaltblütig am 1. Januar 1887 ein altes Ehepaar in L., beraubte sie, beging dabei aber mancherlei Unvorsichtigkeiten. Leugnete lange, zeigte sich frech ohne Reue, widersprach sich oft in ihren Angaben, brachte immer neue Einwände vor, gestand aber endlich ganz plötzlich ihre That. Zum Tode verurtheilt, dann zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe begnadigt. In der Untersuchungshaft benahm sie sich gut, las zuletzt viel in Bibel und Gesangbuch, hatte verschiedene Sinnestäuschungen, wollte nicht roth- statt blaugeäderter Seife annehmen, weil diese mit Blut durchzogen sei und brachte in dem schriftlichen Geständnisse eine Menge merkwürdiger Sätze vor. Den 7. August 1888 in das Zuchthaus gebracht, zeigte sie anfangs nichts Auffallendes. Im October 1888 schrieb sie in einem Brief mit mystischen Andeutungen räthselhafter Vorgänge und Verweisungen auf Bibelstellen. Die Schreiben wurden immer verrückter. Im März 1889 Unruhe, weil der Pastor in der Kirche gesagt habe, sie sei die Frau des Todes. Dann Verwirrtheit und Sinnestäuschungen; Masse von verkehrten, religiösen Vorstellungen: wollte nicht Messer anrühren, weil das Brot beim Abendmahle gebrochen, nicht geschnitten werde. Keine Reue. Zeitweis erregter, lacht, pfiff, ist ganz verworren. — Hier 25. Mai 1889 zugeführt. Erst ganz unzugänglich, dann freundlicher, zeitweis erregt, schimpfte, zerriss, beschuldigte die Wärterinnen, drohte wiederholt mit Mord; meist isolirt. Schrieb verrückte religiös gefärbte Briefe, zeigte nie Reue, lachte, wenn man von ihren Opfern sprach, entwickelte eine trostlose Moral, was sie nicht hindert, zeitweis die Fromme zu spielen und mit biblischen Sprüchen um sich zu werfen. Deutliche Hallucinationen hier nicht nachweisbar gewesen; sie lacht aber öfter für sich und bezieht Reden Andrer auf sich. Zwischendurch wie stuporös, unnahbar oder impulsiv wüthend, gemein schimpfend, dann wieder freundlich, ausgelassen läppisch, macht Püppchen, spielt mit ihnen. Auch der Fleiss ist intermittirend. Intelligenz nicht sichtbar geschwächt; Gedächtniss noch vorzüglich.

Die B. ist klein, dunkelblond, mässig kräftig, anämisch mit unregelmässiger in letzter Zeit starker Periode. Kopf und Stirn relativ klein, das Gesicht mongoloid, blöd, leicht asymmetrisch, dabei ziemlich stark prognath; Mund gross, Lippen wulstig, Nase aufgestülpt, relativ kleine Ohren, Unterkiefer nicht massig, die Zähne theilweis schief eingepflanzt, die obern Schneidezähne sehr gross.

4. B...s, Friederike Wilhelme, 35 Jahre alt, Modistin, katholisch, aus

Digitized by Google

guter Familie, sehr gut befähigt. Wegen Rückfall-Diebstahls 1 Jahr 1 Woche Zuchthaus. Früher 3 mal Gefängniss wegen Diebstahls, Unterschlagung und Majestätsbeleidigung. Sehr streng erzogen. Lieblingskind. Mutter widerhaarig, deshalb in ein Ursulinerinnenkloster früher gegeben. Die Kranke zu Hause eigenwillig, hämisch, neidisch, geneigt zu Liebeleien. Nach Verlassen des elterlichen Hauses dissolut, viele Liebesverhältnisse, überall Prozesse, Zänkereien angezettelt und sich dadurch missliebig gemacht. Der Bruder ein schwacher Charakter, eine Schwester solid. Schon zu Hause verlogen, hochmüthig, niederträchtig, in Extremen lebend, bald sentimental, bald hart. Später machte sie allerhand Betrügereien und Erpressungen in ganz raffinirter Weise. Hat einmal geboren. Im 16. Jahre von der Treppe auf den Kopf gefallen; länger zu Bett gelegen; seit dieser Zeit angeblich Kopfschmerzen. Scheint 1882 im Gefängnisse schon Sinnestäuschungen gehabt zu haben. In der aktenmässigen Notiz 1888 als „höchst zweifelhaften Charakter ohne feste sittliche Grundsätze" bezeichnet. Wiederholte Simulation geistiger Störung im Laufe der letzten Untersuchungshaft. In den Strafanstalten, auch zuletzt vielfach wegen Lügen, Frechheit, Widersetzlichkeit bestraft. Seit dem 8. September 1888 im Zuchthause. Ende des Jahres 1888 theatralisches Wesen, Erregtheit, Frechheit und Thätlichkeit, Sinnestäuschungen und Wahnideen, meist Grössenwahn; war bald Reichsgräfin, bald Prinzessin, hatte mehrere Väter, viel Geld geerbt etc. Sie ward immer tobsüchtiger, unsauber, zerriss die Kleidung, zog sich nackt aus, schmierte und zeigte sich verworren. In dieser hallucinatorischen Verwirrtheit hier den 23. März 1889 eingeliefert, blieb sie so etwa bis Anfang Juli, zerriss, schlug, war heiter erregt, stellte sich in Posen, brachte ihre alten Grössenideen vor, bisweilen ganz verworren, zwischendurch ruhiger, freundlicher, arbeitete sogar etwas. Die Erregtheit, der Wahn nahm allmälig ab, sie ward immer fleissiger, anständiger. Jetzt seit mehr als 1 Jahr ruhig, scheinbar ohne Wahn oder Sinnestäuschungen, aber reizbar, intriguant, verdächtigt Andre, ist diebisch, lügnerisch, weiss sich stets geschickt herauszureden, kaupelt gern: diese unangenehmen Charaktereigenschaften hat sie aber schon früher gehabt. Man hielt sie schon für soweit genesen, als ein Termin vor dem Richter am 11. Oktober 1890 das Gegentheil bewies. Anfangs störrisch (glaubt offenbar, Alles sei abgekartet) ward sie erregter, ja drohend, erkannte erst den Amtsrichter als solchen nicht an, wollte dann als Preussin nur einen preussischen Staatsanwalt antworten, erzählte Alles bunt durcheinander, leugnete das ab, was sie eben eine Minute vorher gesagt hatte, nannte den Richter einen Flegel, da er sass, während sie und der Arzt standen, sagte, sie habe ihn in einer unwürdigen Situation gesehen, glaubte in der Handschrift des Gerichtsschreibers die Hand eines bekannten Amtsrichters zu sehen etc. Tags zuvor wollte sie sich von einer Verblödeten die Karten legen lassen, um zu erfahren, ob sie frei käme! Ein gewisser Grad von Schwachsinn ist also unverkennbar. — Mittelgross, kräftig, gesund (bis auf

Digitized by Google

viel Rheumatismen, die sie aber gewiss oft übertreibt oder gar simulirt). Breites mongoloides Gesicht; kann Kopfschwarte und Ohren freiwillig bewegen.

5. B . . . e, Jos. Christ., 72 Jahre alt, vermögende Bauernfrau, sehr begabt, von guter Familie, ohne Erblichkeit; seit langem Potatrix strenua, lebte dissolut, hurte und stahl. Durch den Trunk immer mehr herabgekommen, vernachlässigte sie die Wirthschaft, stahl und verkaufte Wirthschaftsgegenstände, um zu saufen, verlor allen sittlichen Halt. Mehrmals Delirium tremens. Wiederholt wegen Diebstahls, Unterschlagung, Trunkenheit bestraft. Zuletzt wegen Rückfalldiebstahls unter erschwerenden Umständen zu 1 Jahr 10 Monaten Gefängniss verurtheilt. Schon vorher hörte sie Stimmen, schwatzte Vieles durcheinander. Da dies schlimmer ward, den 12. September 1860 hieher versetzt. Die Stimmen traten zurück, mehr Schwachsinn und moralischer Defect. Entwich zweimal; zweimal beurlaubt ging es draussen immer nur 2 Jahre, da sie bald ihr früheres Leben wieder aufnahm. Seitdem sich gleichgeblieben. Ruhig, fleissig, zu kleinen Diebereien geneigt, kaupelt gern, lügt. Chron. Brustkatarrh. Schwachsinnig, gedächtnisschwach ohne Wahn, ohne Sinnestäuschungen. Besondere Degenerationszeichen fehlen, nur hat die Iris beiderseits 2 Aussenringe und die Augen liegen sehr tief; Nase spitz.

6. Bl . . . , Emilie Pauline, 34 Jahre alt, ledig, Fabrikarbeiterin, Puella publica, von Jugend auf beschränkt, gutmüthig, angeblich ohne Erblichkeit. Im 12. Jahre Typhus, später Lues. Wegen Ruhestörung, Gewerbsunzucht, Diebstahl, Landstreicherei oft bestraft, zuletzt 2 Jahre Correctionshaus wegen Gewerbsunzucht. Einige Monate nach der Einlieferung daselbst melancholisch erregt, sah schwarze Männer an ihr Bett herantreten, die sie schimpften und sie aufforderten sich zu erhängen. Mehrere Selbstmordversuche, zerschlug Fensterscheiben etc. — Hier seit 28. Juni 1884. Fleissig, verkehrt gern mit Züchtlinginnen, liebelt mit ihnen, ohne zu complottiren, stets sauber, zeitweis melancholisch verstimmt und unternimmt nicht ernst gemeinte Selbstmordversuche, fast regelmässig z. Z. der Menses; zeitweis erregt, zerschlägt Gegenstände, singt, brüllt, schlägt aber nicht. Kein Wahn oder Sinnestäuschungen. Macht imbecillen Eindruck, erscheint frech, hat gutes Mundwerk, kann nicht rechnen. Erzählt, dass ihre Eltern streng waren; sie habe 7 solide Geschwister, sie sei durch schlechte Gesellschaft verführt worden, bedauert ihr Leben. — Mittelgross, kräftig. Kleiner Schädel (Umfang 51 cm), schmale, relativ hohe Stirn; weisse Haarbüschel unter braunem Kopfhaar (Vitiligo); Imbecillität. Jetzt nur schwachsinnig.

7. F . . . r, Ernestine Wilhelmine, 62 Jahre alt, geschieden. Nichts Andres bekannt, als dass sie in der Heimath übel beleumundet war. Wiederholt wegen Diebstahls, Fälschung, Beleidigung bestraft, zuletzt 1 Jahr Gefängniss wegen Brandstiftung und Diebstahl. Epileptisch (seit wann?) also jedenfalls nicht geistig intact, später syphilitisch.

Digitized by Google

1857 und 1864 im Gefängniss nach heftigen Krämpfen kurze Tobsucht mit Sinnestäuschungen, heiterm Wesen, Grössenideen etc. und bald eintretend Geistesschwäche und Vergesslichkeit. Seit langem ohne Anfälle, sehr fleissig, geschwätzig, sieht auf Ordnung, bisweilen zänkisch. Imbecill schlecht orientirt. — Klein, sehr kräftig, ohne besondere Stigmata. Hier seit dem 24. October 1864.

8. G . . . sch, Aug. Paul., ledig, 30½ Jahre alt, Dienstmagd. Nichts Näheres bekannt, als dass sie 53 Vorstrafen hatte, vagabundirte, hurte. Diebstahl, Betrug, dissolutes Leben. Moralisch depravirt. Den 16. Mai 1884 schreibt der Gef.-Insp.: „. . . . dass die G. noch keinen Begriff davon hat, dass sie gegen die Landesgesetze fehlt, ist Folge der unzähligen, fruchtlosen Bestrafungen. Sie ist gottlos, frech und beinahe auffällig geworden." Auch in den Strafanstalten deshalb viel Disciplinarstrafen. Zuletzt bis zu 2 Jahren im Correctionshause wegen Vagabundirens; schon bei der Aufnahme eigenthümliches Benehmen; kurze Zeit darauf Paranoia mit Grössenwahn, ist einer vornehmen Familie entstammt, unermesslich reich, hat Güter und Schlösser, hat zu Hause Champagner und Rothwein getrunken; ihr 1. Liebhaber sei alles gewesen, ihre Mutter sei mehr als Fürstin etc. Dabei Unruhe, albernes Wesen, Fluchtversuch, schlechter Schlaf; hockt in den Zellenecken, spricht vor sich hin, horcht bisweilen auf. Hält am Wahn fest, spricht gewählt, nimmt vornehme Haltung an. Keinerlei Lähmungssymptome ausser ungleichen Pupillen und leichter Deviation der Zunge. — Hier seit dem 31. März 1885. Auch hier anfangs Grössenwahn und zeitweis unter Sinnestäuschungen sehr erregt, heftig, gewaltthätig, faul; in den ruhigern Zeiten verschlossen, hockt in einem Winkel, schwatzt für sich Verworrnes, ist aber harmlos und lässt sich zur Arbeit anhalten. Schwachsinnig verwirrt. Selten jetzt noch leichtere Erregungen, und sie spricht dann in die Wand hinein. — Mittelgross, schneeweisses, reiches Haar (angeblich 1882 nach Kopfrose gebleicht) mit kleinem, braunem Zöpfchen, Schädel hydrocephaloid, oben platt, 58 cm Umfang. Stirnhöcker stark prononcirt. Gesicht breit, mongoloid, Profil kalendermondartig; mässige Asymmetrie. Nase bauchig. Ohren relativ klein, mässig abstehend; Zähne sehr defect. Augen glänzend, Blick beweglich; Iris blau, gut reagirend; Pupillen klein. Unterkiefer spitz und schräg. Atherom der Arterien; Zornader.

9. Gl . . . s, Paul. Friedr., Näherin, 38 Jahre alt, unehelich geboren, hier seit d. 4. April 1889. Schwach beanlagt, in der Erziehung vernachlässigt, diente erst, vagabundirte später und war gelegentlich wahrscheinlich Puella publica, zuletzt Näherin. 4 mal wegen Diebstahls, Betrugs bestraft, zuletzt wegen Unsittlichkeitsvergehens (Attentat auf einen Knaben) 3 Jahre Zuchthaus. Luetisch; moralisch tief gesunken, in Strafanstalten sich leidlich gut betragen. 11 Monate nach der Aufnahme schimpfte sie auf die Mitgefangenen, sie hätten sie verlacht und vor ihr ausgespuckt. 2 Monate später deutlicher Verfolgungswahn und Sinnes-

Digitized by Google

täuschungen, bezog die Worte des Geistlichen auf sich, der Prediger habe sie wegen Venerie beschimpft. Zeitweis sehr erregt, ganz verworren, schimpfte, sang Liebeslieder, zerriss, zerstörte und machte sonstigen Schabernack, war verliebt. — Hier im Ganzen ruhig, fleissig, wenig zugänglich, hielt sich gern zu Züchtlinginnen, sauber. Zeitweis aber verstimmt mit Sündenwahn, bis zu Stupor oder aber erst unzufrieden, dann schimpfend, hält sich für beeinträchtigt, hört Kinder schreien, glaubt, sie bekomme ein Kind, macht sich aus Tüchern eine Art Puppe zurecht und sagt, es wäre ihr Kind, ist dabei congestionirt, muss isolirt werden. Aber nur sehr kurze Erregungen. Verschlossen, scheu, schwachsinnig, kritiklos, ohne Krankheitsgefühl, scheint nie ganz frei von Hallucinationen zu sein, da sie öfters für sich spricht, leise hinlacht, sich die Ohren verstopft, bisweilen mit dem Essen aussetzt. Kann weder lesen noch schreiben, weiss nicht, was rechts, was links ist. Ganz desorientirt. Mittelgross, kräftig, blonde Haare. Asymmetrische Stirn relativ niedrig, etwas fliehend. Kopfumfang 55 cm. Gesicht erscheint schläfrig, blöde, mongoloid; die hängenden Oberlider bedecken sehr das Auge; leichte Gesichtsasymmetrie. —

10. H . . . e, Fried. Aug., Dienstmagd, 39 Jahre, ledig, unehelich geboren, sehr schwach beanlagt, sehr schlecht erzogen, läppisch, reizbar, geneigt zu Excessen, unmoralisch, vagabundirte. In der Jugend von einem 3 stöckigen Hause herabgesprungen, war längere Zeit bettlägerig und klagt oft über Kopfschmerzen. Schon mit 16 Jahren bestraft. Oft wegen Diebstahls, Hurerei bestraft, zuletzt 6 Jahre Zuchthaus wegen Brandstiftung; war stets unverbesserlich und auch in den Strafanstalten viele Strafen. 2 Jahre nach Aufnahme im Zuchthause: tobsüchtige Erregung mit Sinnestäuschungen, man solle sie gehen lassen, nicht mit Nadeln stechen etc. Zerschlug, zerriss, schmierte, sang unzüchtige Lieder. Hier seit dem 2. Juni 1885. Bei der Aufnahme erschien sie stark verblödet, aber ruhig, mit einzelnen vagen Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen, arbeitete. Bald schlaffer, fauler, albernes Gebahren, zeitweise Erregung. Jetzt seit langem ohne Wahn oder Hallucinationen, meist fleissig, heiter, sehr reizbar, und schlägt gleich los, zerstört, schimpft gemein, daher öfter isolirt. Dabei läppisch, neckt gern, sehr eifersüchtig, complottirt nicht, verkehrt aber gern mit Züchtlinginnen. Kann lesen, nicht rechnen, nur Namen schreiben, ganz unorientirt. Kräftig, mittelgross, blond, blödes, etwas mongoloides Gesicht; Schädelumfang 53 cm, Schneidezähne etwas schräg, keine Ohrläppchen, ziemlich starker Flaum an Oberlippe und Kinn.

11. H . . . s, Hel., 56 Jahre alt, genügend befähigt, ohne erbliche Anlage, schlecht erzogen. Eltern lebten getrennt, jeder Theil hurte und die Mutter hielt die Tochter dazu an. Seit dem 17. Jahre in Strafhäusern wegen Vagabundirens, Gewerbsunzucht, Betrugs, Diebstahls. Auch syphilitisch. Zuletzt Zuchthaus wegen Rückfalldiebstahls (2 Jahre 3 Monate). Nach 2 Jahren hier hallucinatorische Erregung mit Verwirrtheit, lief umher, rang die Hände, zog sich nackt aus, spuckte an die Wände etc.

Digitized by Google

Wenige Wochen darauf allmälige Ruhe, geringere Sinnestäuschung, aber deutlicher Schwachsinn; reizbar, oft Conflicte. — Hier seit 17. October 1888: sehr fleissig, selten reizbar, schlägt dann aber auch zu, ohne Wahn oder Sinnestäuschung, daher den 28. Februar 1891 Entlassung. Antwortet gut, Gedächtniss leidlich, doch Schwachsinn nicht zu verkennen. — Mittelgross, kräftig; Kopfhaar dunkel, jetzt melirt, reichlich. Schädel und Stirn nach oben etwas spitz; Anflug von Bart; Iris dunkel mit einzelnen Pigmenten.

12. H . . d, Joh., 32 Jahre alt, diente erst, vagabondirte später, wiederholt wegen Bettelns und Vagirens bestraft, wahrscheinlich auch Hure; war syphilitisch. Geistig beschränkt. Zuletzt Correctionshaus wegen Landstreichens, 2 Jahre. Gleich bei der Einlieferung fiel sie auf, daher sofort eingebettet. Zog sich aus, schmierte, war aggressiv, spricht wenig, musste an- und ausgezogen werden etc., hielt sich für schwanger etc. Steigerung der Symptome z. Z. der Menses. — Hier seit dem 13. Januar 1887. Die ersten Monate sehr erregt, störend, verworren, drängte, zog sich aus, schlug: allmälig ruhiger, schlaff, hinbrütend. Jetzt wenig zugänglich, macht nichts, lacht öfters laut auf, ist salopp, nässt das Bett. Harmlos, zeitweis erregt, schimpft. — Mittelgross, sehr kräftig; reichliches, dunkelbraunes Haar, Schädel rundlich, 52 cm im Umfange, starke Stirnfalten.

13. H . . . . g, Joh. Aug., 34 Jahre, Dienstmagd, ledig, hier seit dem 24. Juli 1886. Von Jugend auf beschränkt, immer widerspenstig, grob, wegen Landstreicherei, Bettelns und Diebstahls öfter bestraft. Wahrscheinlich auch Trinkerin, wechselte oft den Dienst, vagirte später. Zuletzt im Correctionshause bis zu 2 Jahren wegen Bettelns und Vagirens. 2 Monate später hallucinatorische Paranoia ganz plötzlich fast, glaubt vom lieben Gott geschwängert zu sein, sah manchmal Männer an ihr Bett heran treten, zeigte sich verliebt, erregt, aggressiv. — Auch hier anfangs dieselben Ideen; sehr bald aber Verfolgungs- und Vergiftungswahn mit Geruchs- und Gesichtstäuschungen, glaubt sich von Allen gequält, die Speisen riechen nach Leichen, war oft erregt, schimpfte, fluchte, sprach in die Wand hinein, schlug, zerstörte, arbeitete dann etwas. Mit zunehmender Verblödung arbeitete sie nichts mehr, sammelte, hielt sich abseits, war zeitweis erregt, schlug, zankte. So auch noch heute. Dabei schwachsinnig, verworren, desorientirt, schwatzt oft viel. — Gross, ziemlich kräftig. Kopfumfang 54½, mesocephal. Gesicht länglich, kleine Narbe an der Stirn, Ohren etwas abstehend, keine Ohrläppchen. Plattfuss.

14. H . . . . g, Mar., Aug., Handarbeiters-Ehefrau, 41 Jahre alt; handelte, mittelmässig begabt, von jeher aufgeregt, reizbar, hat 10 Mal geboren, mehrmals wegen Diebstahls und Beleidigung bestraft, zuletzt zu 3 Jahren Gefängniss wegen Rückfall-Diebstahls (hatte gemeinsam mit ihrem Manne 24 werthvolle Hunde auf offner Strasse weggefangen und verkauft). Nach ungefähr 1 Jahre — vorher schon Unarten, schamlose Reden (in den Strafanstalten oft disciplinell gestraft wegen Frechheit, Faulheit etc.) — ziemlich plötzlich acute hallucinatorische Verwirrtheit, mit regem Wahne.

Digitized by Google

Sinnestäuschungen (sah das Grab ihres Mannes), Ideenflucht, grosse Verliebtheit, Gewaltthätigkeit und Zerstörungssucht. — Auch hier anfangs noch so; habe etwas vom Oberinspector im Leibe, den habe sie lieb, nur von ihm wolle sie Kinder haben, nicht vom Ehemanne etc., küsste eine Mitkranke, die sie für einen Mann hielt, wollte Andre mit in das Bett nehmen, etc. Remissionen der Erregung, allmälig ruhiger mit seltnen Ausbrüchen, aber immer noch verliebt, geziert, verlangte nach ihrem „hohen Bräutigam", öfters bodenlos gemein, befehlerisch, aggressiv und sinnloses Treiben. Jetzt ziemlich ruhig, aber noch schwatzhaft, verliebt, recht verworren, ganz schlecht über sich orientirt, glaubt 23 Jahre alt zu sein, hat 4 oder 5 Kinder etc. Selten Hallucinationen, nur seit kurzem fleissig. — Mittelgross, mager. Kopfumfang 53 Ctm., oxycephal. stark gefurchte Stirn, im Gesicht zahlreiche Fibrome. Blick lebhaft, frech. Etwas Atherom; Puls 64, ziemlich hart.

15. H.....n, Paul. Mar., 42 Jahre, verheirathet, Handarbeiterin, ohne Kinder. Anamnese fast unbekannt. 8 Male wegen Diebstahls und Betrugs bestraft. Wegen Betrugs zuletzt 3 Jahre 3 Monate Zuchthaus. (Dissolutes Leben.) $1^1/_4$ Jahr später angeblich plötzlich Erregtheit und Vernichtungstrieb ohne Sinnestäuschungen, zeigt Ideenflucht, Grössenwahn, will Vieles verschenken, schwatzt, zankt, demolirt, entleert die Excremente in das Bett, schläft wenig etc. — Hier seit 5. April 1884. Anfangs erregt, schwatzend, hatte viele Grössenideen (wäre reich, habe viele und schöne Männer, die sie nächstens heirathen wollte etc.), zankte, demolirte, nahm Andern Esswaren weg. Dabei Häsitiren, schwerfälliges Gehen, Pupillendifferenz. Sehr bald aber erholte sie sich körperlich, ward ruhiger, die Grössenideen schwanden und der Schwachsinn blieb zurück. Dabei losmäulig, zänkisch, fleissig, prügelte sich oft. Die Lähmungserscheinungen schwanden vollständig. Die Kranke ward klarer, daher zu ihrem Schwager den 19. Februar 1889 beurlaubt. Neuerdings wegen Renitenz wieder in einem Siechenhause. Angeblich ohne besondere Degerationszeichen.

16. H.....ch, Aug., gering befähigt, 45 Jahre alt, Schneiders Ehefrau, hat 2 uneheliche Kinder. Vater und Schwester angeblich kropfleidend. Sie selbst skrophulös, der Phthise verdächtig, hatte Drüseneiterung, chronischen Bronchialcatarrh. Sehr liederlich, unverbesserliche Diebin, oft bestraft, auch in der Strafhaft. Zuletzt wegen Meineids 2 Jahre Zuchthaus. In der Untersuchungshaft soll sie versucht haben eine Psychose zu simuliren. Nach verschiedenen Vorläufern, nach 7 Monaten etwa verstört, antwortete nicht, sehr benommen, blickte oft starr auf einen Punkt hin, zeigte durch Gesten, dass sie Kopf- und Brustschmerzen habe. Arbeitete nicht mehr, Nachts unruhig. Sah später Nachts einen grossen Mann, der sie bei den Haaren fasste, hatte grosse Angst, zerzupfte Kleider, schmierte. Blieb so passiv, zeitweilig ängstlich, deprimirt. Hier seit dem 24. April 1890. — Fast immer gleich geblieben: meist ruhig, sehr fleissig,

Digitized by Google

reinlich, hilft sie den Schwachen, verkehrt sonst nicht, ist ganz stumm (soll aber einige Male laut geschimpft haben), verständigt sich nur durch Schrift oder Gesten, weist sehr oft auf Brust und Kopf und klagt viel über Rheumatismen. Versteht offenbar Alles, was man sagt, passt sehr auf; zeitweis sehr reizbar, schlägt dann zu, wirft das Essen hin, verkriecht sich, ist vor Erregung ausser Athem. — Hallucinationen nicht nachweisbar, doch möglicherweise da. Klein, dürftig ernährt, mit scrophulösem Habitus, Drüsennarben am Halse, Kopf relativ gross, hydrocephaloid, Kopfhaar dünn, spärlich, starkes Atherom. Ohrläppchen dünn, schlecht angeheftet, sehr weite Concha. Augen weit auseinander, Pupillen fast starr, Iris gesprenkelt. Sehr breite flache Nasenwurzel, Mongolenfalte, besonders links, kolbige, bauchige Nase. Mongolengesicht, Prognathie; Schneidezähne oben massig, lang, unregelmässig gestellt; die untern Zähne, besonders vorn schief und unregelmässig. Gaumendach breit, flach; Zäpfchen in der Mitte stark gefurcht. (Anfang von Doppelbildung.)

17. H . . h, Clara, ausserehelich geboren, 27 Jahre, Dienstmagd, sehr schwach beanlagt. Mutter Correctionärin und Potatrix. — Frech, liederlich, gänzlich verwahrlost, oft wegen Diebstahls bestraft, vagabondirte, hurte, trank wahrscheinlich auch. In Strafanstalten frech, faul, oft bestraft. Zuletzt wegen Rückfalldiebstahls und Vagirens (bis zu 2 Jahren) Correction. Nach $^3/_4$ Jahr durch abwechselndes Lachen, Weinen und Singen auffällig, was beim Eintritt der Menses sich bis zur Tobsucht mit nymphomanischem Charakter steigerte. Sie lief dann aufgeregt in der Zelle herum, sang, lachte, machte sich bisweilen aus Strümpfen etwas Puppenartiges, legte dies wie ein Kind an die Brust etc.; Abends besonders speciell sehr erregt, masturbirte schamlos, machte auf dem Bette coitusartige Bewegungen, verlangte stürmisch einen Beischläfer. In letzter Zeit auch Gehörstäuschungen: horchte manchmal an einer bestimmten Stelle der Wand. — Hier seit dem 18. Juni 1887. Richtete sich schnell hier ein, benahm sich anfangs correct, war fleissig, bald aber sehr reizbar, schlug oft, neckte, schimpfte gemein, war heimtückisch, hetzte gern und ging am liebsten mit Züchtlinginnen um. Nie fanden hier, wie früher, menstruale Erregungen statt. Eitel, putzsüchtig, faul, kindisch (kann stundenlang Leierkasten drehen), verleumdet, lügt, aber nicht lasciv. Ganz beschränkt. Trotzdem entwich sie auf höchst raffinirte Weise im Juni 1892. Gross, stark. Kopfumfang 56; rundlich; Stirn hoch, schmal. Blasses, mongoloides Gesicht. Mund gross, Unterlippe wulstig.

18. J . . . sch, Ant., Elis., 29 Jahre alt, Aufwärterin, ledig, schwächlich, anämisch, Menses unregelmässig und Dysmenorrhoe, ist unehelich geboren, Mutter an Phthise gestorben. Nicht unbefähigt, trotzig, jähzornig; erst in eine Besserungs- dann Erziehungsanstalt. Schon mit 12 Jahren gestohlen. Diente gut einige Jahre, dann Puella publica; seit 1882 sehr oft wegen Diebstahls, Unterschlagung, Bettelns und Vagirens bestraft, noch in den Strafhäusern sich in letzter

Digitized by Google

Zeit schlecht geführt. Zuletzt 1 Jahr 8 Monate Zuchthaus wegen Rückfallsdiebstahls und Unterschlagens. 1888 Lungenentzündung, früher Magengeschwür. Schon 1887 und 88 im Zuchthause periodische Aufregungen, mit der Periode zusammenfallend, in der Zwischenzeit aber zänkisch, unerträglich. Deshalb, als sie zum 3. Male am 25. Mai 1889 in das Zuchthaus eingeliefert ward, isolirt, weshalb sie bald einen Wuthausbruch hatte, da sie nicht in der Zelle sein wollte. Im December: schlechtere Ernährung, Depression, Nahrungsscheu, im April 1890 dagegen stärkere Erregung und Verwirrtheit, die schon früher intercurrent erschienen war. Zeigte rudimentären Verfolgungswahn (man verachte sie), hatte offenbar Sinnestäuschungen und war sexuell sehr erregt, verlangte eine Mitgefangene, mit welcher sie wahrscheinlich ein Liebesverhältniss hatte, ins Bett, glühte nur für sie, versuchte auch einmal eine Aufseherin in ihr Bett zu ziehen, zotete in der gemeinsten Weise und war oft wie abwesend. — Hier seit dem 24. Mai 1890. Für Manches schlechtes Gedächtniss, zeitweis verwirrt und ganz desorientirt. Fast ruhig, im Juni plötzlich sehr reizbar nach geringer Veranlassung, Geschirr zerschlagen, Zelle. Seitdem öfter ägrirt, zwischendurch Sinnestäuschungen und rudimentären Verfolgungswahn, schimpft dann. Verkehrt mit Vorliebe mit früheren Gefangenen; macht wenig. — Klein, gracil, schwindsüchtig; rothes, starkes Haar, Sommersprossen. Schädel nach oben zu spitz, schmalrückig. Ohren klein, Ohrläppchen dito und schlecht angeheftet. Gesicht länglich, mongoloid, leicht progenee,; Nase etwas aufgestülpt, Augenbrauen und -wimper sehr schwach, Zähne abgeschliffen. Am Halse Drüsennarben.

19. K . . . . . ch, Aug., 40 Jahre, Dienstmagd, katholisch, genügend befähigt, solid lebend, fleissig, treu, ehrlich. Seit 1873 oder 74 wechselt sie plötzlich schnell die Herrschaften, läuft später ohne Kündigung fort, weil sie sich nirgends wohl fühlt. 1883 geht sie in einem Anfalle von Verfolgungswahn nach Amerika, kehrt aber, da sie auch hier Peiniger findet, sofort zurück, zeigte sich angeblich zeitweis „wie abwesend“ und zündet 1886 wegen unfreundlicher Behandlung seitens der Dienstherrschaft das Haus an, stellt sich selbst dem Gericht und erhält wegen Brandstiftung 5 Jahre Zuchthaus. Hier sehr bald deutlicher Verfolgungs-Vergiftungswahn mit zahlreichen Sinnestäuschungen und negativem renitentem Wesen. — Hier seit dem 10. Juli 1888. Bisher stets im Gleichen: fast unnahbar, bedeckt gern das Gesicht, wendet sich bei der Anrede ab oder spuckt Einen an, schlägt auch mal mit den Beinen aus, schimpft, hält die Umgebung für Mörder, Räuber, verschliesst sich die Ohren, geht ganz in Verfolgungsideen auf, isst auch zeitweilig nicht, weil das Essen vergiftet ist. Macht nichts, reinlich; lässt sich nicht näher untersuchen. Degenerationszeichen besonderer Art fehlen.

20. K . . g, Amalie, 63 Jahre alt, Dienstmagd, verwittwet, hat angeblich 3 Kinder. Sehr schwachsinnig, aus einer Familie, in der Gehirn- und Nervenkrankheiten heimisch sind; zänkisch, abergläubisch, selbstsüchtig,

Digitized by Google

verschmitzt; will viel an Schwindel und Kopfschmerzen gelitten haben; natürliche Pocken. 1868 Diebstahl; 1872 wegen Brandstiftung 9 Jahre Zuchthaus. In der Voruntersuchung lügenhaft, bösartig, fingirte einen Selbstmordversuch, leugnete. Erschien gleich beim Eintritt in das Zuchthaus irrsinnig, verworren, hielt sich überall vom Stiefsohn verfolgt, glaubte, er stecke im Schranke, schrieb Sinnloses, arbeitete ganz verkehrt, schimpfte, schwatzte vor sich hin, lief ruhelos umher; Gesichts-, Gehörstäuschungen; daneben Selbstüberschätzung. — Hier seit den 22. Februar 1873. Wurde noch verworrener, mit wechselndem Grössen- und Verfolgungswahn, fiel, bisweilen, wenn Hallucinationen lebhafter wurden, erregter, drohender, sonst mehr deprimirt, zänkisch, reizbar, gemein; jetzt mehr gutmüthig, ganz verworren, will sich den Kopf abhacken lassen, ist Prinzessin, besitzt die Anstalt, will den Arzt auf das Schaffot bringen etc. — Kleine, ganz verwachsene Person mit Asthma; schlecht genährt. Kopf sitzt tief in den Schultern. Kopfumfang 52, etwas mikrocephal. Gesicht sehr lang, blass, gefurcht, schmal, verschmitzt und dumm aussehend. Stirn relativ klein, etwas schräg. Ohren lang, Ohrläppchen schlecht angeheftet. Zunge und Mund breit, Zähne theilweis auseinander und schief. Schädel oxycephal. Augenspalten etwas schief. Iris gestreift. — Rechts ein Leistenbruch.

21. K . . . n, Anna M., 27 Jahre, ledig, diente. Ohne erbliche Anlage angeblich, gut befähigt, hat gut gelernt, liederlich, ohne sittlichen Halt. Stahl schon mit 15 Jahren; sehr oft wegen Diebstahls, Betrugs bestraft. Seit Confirmation meist in Strafhäusern, wo sie sich gut aufführte und sehr fleissig war. Zuletzt $4^1/_2$ J. Zuchthaus wegen Rückfallsdiebstahls, — Betrugs und Unterschlagung. 11 Monate nach der Aufnahme dort, ohne Anlass Wuthanfall mit Sinnestäuschungen „Hören Sie denn das Rumoren an meinen Fenstern nicht?; der Kerl will herein, ich kann nicht bleiben". Dabei sehr ängstlich, jammert, verworren, sprach viel für sich. Es traten eine Reihe hysterisch-epileptoider Zuckungen mit Bewusstlosigkeit ein. — Hier den 21. Juli 1888. Auch hier zeitweis deutlicher Verfolgungswahn (auch in Briefen erkennbar) mit Sinnestäuschungen, glaubt sich von Allen, besonders den Pflegerinnen, verfolgt, und gewaltthätig, zerstörungssüchtig, schimpft gemein, zeigt Lebensüberdruss, hat wiederholt Petroleum aus den Lampen getrunken, um sich zu tödten, Fensterscheiben mit der Hand zertrümmert, um die Pulsader sich zu öffnen. Oder mehr melancholische Zustände und bisweilen ganz verworren. In den freien Zeiten gutmüthig, ruhig, freundlich, aber sehr empfindlich, reizbar, neidisch, putzsüchtig, kindisch (spielt noch mit Puppen oder Katzen), simulirt oder übertreibt wenigstens oft Symptome; simulirte einmal Fieber, indem sie das Thermometer in heissen Caffee getaucht hatte. Viel krank, sehr blutarm, schwere Gastralgien, oft Gelenkrheumatismen, sehr blass aber gesund auf den Lungen. Zittern der Beine, Parästhesien daselbst, Patellarreflex fast = 0, Schwanken bei Augenschluss, Tremor an Händen. Schulkenntnisse gut,

Digitized by Google

Gedächtniss hat gelitten. Gross, breitschulterig. Kopfumfang 54, Schädel mesocephal. Gesicht breit, grob, verschwommen, mongoloid. Ohren klein. Hier keine hysterisch-epilept. Krämpfe beobachtet.

22. K . . . e, Ida Selma, 29 Jahre alt, Dienstmagd, leichtsinnig, faul, genügend befähigt, will früher Krämpfe gehabt haben. Vater Potator. Oft Strafen wegen Diebstahls, Betrugs, Unterschlagung, zuletzt 10½ Jahre Zuchthaus wegen Brandstiftung und Meineid. In den Strafanstalten viel bestraft, als zänkisch, lügenhaft, schwatzhaft, lüderlich, malitiös, unsauber geschildert. 14 Monate nach der letzten Aufnahme: plötzliche Arbeitseinstellung, hallucinirte stark (ihr Richard stehe vor der Thüre etc.) aufgeregt, lachte plötzlich hellauf. Allmälig ruhiger mit Exacerbationen. — Hier seit dem 26. October 1888. Im Ganzen ruhig, moralisch depravirt, öfter Kopfschmerzen. Complottirte gern; heiter, aber leicht reizbar, schlägt dann zu. Verdächtigt Andre, redet sich stets heraus, ist faul. Nie hier Wahn, Sinnestäuschungen und Krämpfe. Jetzt mehr das Bild der moral insanity; intellectuell ziemlich gut, den 21. November 1889 in das Zuchthaus zurückversetzt. — Gross, stark, Degenerationszeichen fehlen.

23. L . . . . . n, Ernest., Handarbeiterin, 35 Jahre alt, gut befähigt. Ob Erblichkeit vorliegt, unbekannt. Mutter angeblich im 42. Jahre in Kindesnöthen gestorben. Die L. lebte angeblich dissolut, soll vor 12 Jahren im Wochenbett geistig erkrankt sein. 3 Jahre verheirathet, dann geschieden, später im Armenhause. 3 mal wegen Diebstahls bestraft, zuletzt wegen vorsätzlicher Brandstiftung (um dahin zu kommen) 4 Jahre Zuchthaus. Dort seit den 15. December 1887 und als sittlich verkommen, verschlagen, böswillig bezeichnet. Den 15. December 1889 schrieb sie, die Mitgefangenen verhöhnten, verspotteten sie. Den 10. Mai 1890 angeblich nach Aerger Tobsucht, hallucinirte stark, zerriss, sang, verworren. Darauf kurze Ruhe, um wieder hallucinatorisch sehr erregt und verworren zu werden. Den 5. Juni wieder solcher Anfall. In der letzten Zeit so heftiger Schwindel, dass sie sich nicht auf den Beinen halten konnte, dabei Doppelsehen und heftiger Scheitel-Kopfschmerz. — Hier seit den 26. Juni 1890. Bisher meist ruhig, artig, fleissig, antwortet langsam, ist stets für sich. Ganz unorientirt über Ort, Zeit, Land; $7 \times 8 = 9$. Sagt, sie habe nach ihrer Krankheit im Zuchthause — weiss nur, dass sie sehr erregt war — ganz „schwachen Kopf" bekommen und Alles vergessen; seitdem auch Kopfschmerzen (grosse Druckempfindlichkeit in Scheitelgegend; seitdem gehen ihr die Haare aus), grosser Schwindel und Doppeltsehen, sobald sie einige Zeilen gelesen hat. Theilweis scheint es aber simulirt zu sein. Meist den Kopf verbunden und macht kalte Umschläge, zeitweis Schwindel besonders heftig. Reizbar, schlägt leicht zu. Jetzt scheinbar ohne Wahn und Sinnestäuschungen (will aber Nachts an den Wänden oft Gespenster sehen). Sehr stark, knochig, von männlichem Typus. Kopf, besonders der Schädel, relativ klein, Stirn klein und fliehend, gefurcht; Nase gross; Zähne klein, rundlich, abgeschliffen, sehr eng aneinander, im Unterkiefer bilden die

Digitized by Google

Schneidezähne eine gerade Linie. Unterkiefer relativ gross. Pupillen träg; Gesicht schwitzt leicht, breit angelegt, etwas mongoloid.

24. L.....t, Gust., 41 Jahre alt, Dienstmagd, unehelich geboren, angeblich nicht erblich belastet, beschränkt, lernte weder schreiben noch lesen. Hielt im Dienste nicht aus, arbeitsscheu, leichtsinnig, vagirend. Meist in Strafhäusern wegen Diebstahls, Betrugs, Unterschlagung, Landstreicherei. Auch in den Gefängnissen oft bestraft wegen Ungebühr, Grobheit, Faulheit. Jeder Reue unzugänglich, unverbesserlich, verhärtet, durchtrieben, „flotte Lügnerin". Zuletzt wegen Rückfallsbetrugs 3 Jahre 3 Monate Zuchthaus. Nach $2^1/_4$ Jahren stellte sie die Arbeit ein, hörte Stimmen (der Inspector wolle ihr den Kopf abhacken lassen), war Nachts unruhig; später deutlicher Verfolgungs- und Vergiftungswahn. — Hier seit 10. Juli 1888. Anfangs noch oft sehr ängstlich erregt durch Verfolgungs-, Vergiftungsideen und Sinnestäuschungen, jetzt mehr Ruhe, selten Erregungen und Hallucinationen, wo sie schreit, schimpft, schlägt, zerstört. Sonst ruhig, stets für sich, sehr fleissig, ganz verworren und desorientirt, spricht für sich, lacht auf. Nicht 2 vernünftige Sätze. — Mittelgross, stark. Schädel etwas hoch und spitz, relativ klein, 51 cm Umfang, sehr reiches, dunkelbraunes Haar. Stirn hoch, mässig breit. Gesicht mongoloid, etwas asymmetrisch. Geringe Augenbrauen und Wimpern. Mund breit; tiefe Nasolabialfalten. Prognathie ziemlich stark; obere Schneidezähne sehr lang und breit, schief nach vorn, die untern weniger.

25. L.....d, Veronika, 56 Jahre alt, katholisch, Waldarbeiters Ehefrau, hat 4 Kinder. Sehr gering befähigt, sehr dürftig erzogen (besuchte keine Schule), sehr gemüthsroh, störrisch, verlogen. Anstrengungen. Entbehrungen. Wegen Todschlags 12 Jahre Zuchthaus. Hat ihr letztes, einjähriges Kind mit Schwefelsäure getödtet, gestand es erst spät ein. Motiv nicht ganz klar, vielleicht, um sich vom Ehemann zu trennen, dem sie den Mord erst in die Schuhe schob. Im Zuchthause allmälige hysterische Symptome (allerlei Klagen, hysterische Krämpfe); 12 Monate nach der Aufnahme nach starker Menstrualblutung 24 Stunden lang tobsüchtig, dann ruhig; erst $^1/_2$ Jahr später ungefähr Verfolgungs- und Vergiftungswahn, später Grössenideen. Schimpft auf Gerichts- und Anstaltsbeamte, nennt sie Betrüger, man wolle sie um ihr Vermögen bringen; schwatzt, zankt, zerreisst. — Hier seit 22. Januar 1883. Von Anfang an total verwirrt und stark verblödet, zeigt nie Reue, reizbar, beschuldigt ohne Grund, spricht gern von Reichthum und sexuellem Umgang mit höher stehenden Personen. Ward immer unzugänglicher, hockt auf Corridor, die Kleider über den Kopf gezogen, wird plötzlich erregt, schlägt los, schimpft gemein, lacht oft plötzlich, zeigt nichts Hysterisches mehr. Ganz desorientirt. Ist tuberculös. Klein, schwach, sehr anämisch, blass, Kopf oxycephal, Umfang 51,5. Haar dunkel, reichlich. Gesicht länglich, blass, ganz faltig, etwas mongoloid. Nase durch Narben (woher?) verkrüppelt. Dicke Lippen. Gesicht asymmetrisch, links breiter. Etwas Prognathie, Zähne unregelmässig, ausein-

Digitized by Google

ander stehend, zum Theil klein. Anflug von Bart. Riesige Ohren. Iris gesprenkelt.

26. L . . e, 72 Jahre alt, Dienstmagd, imbecill, gebar 3 mal ausserehelich. Wegen Beleidigung einmal bestraft, zuletzt wegen Meineids 1 Jahr Gefängniss. Gleich nach der Aufnahme hier zeitweis erregt, schlug, arbeitete nicht, schimpfte, hatte Wahnideen, sah den Teufel, der ihre Seele verlangte, beruhigte sich aber immer bald wieder; hungerte auch einmal, wahrscheinlich wegen Vergiftungswahn. — Hier seit den 7. December 1861. Im Ganzen gleich geblieben, nur dass Erregungen, Sinnestäuschungen immer seltener wurden, ebenso die Reizbarkeit. Stark verblödet, verworren, hält auf Ordnung, stets für sich, spricht leise vor sich hin. — Mittelgross, schwächlich, rechte Schulter höher als die linke, Kopfumfang 51. Schädel nicht abnorm. Gesicht länglich, schmal, sehr durchfurcht von Runzeln, Ohren relativ gross. Sehr bedeutendes Struma.

27. M.....z, Ernestine, Wilh., Dienstmagd, 51½ Jahre, geistig sehr beschränkt, verwahrlost, leichtsinnig, faul, heftig, leicht reizbar, zänkisch, unerträglich, Familienanlage wahrscheinlich vorhanden. Hatte ihr uneheliches Kind in den Abort geworfen, das noch lebend gefunden ward; sie gestand erst später ein. 6 Jahre deshalb Zuchthaus wegen „beendeten Todschlags-Versuchs". Zeigte hier keine Reue, keinen sittlichen Halt, ward oft bestraft, war heftig, zänkisch. Im Anfang des 6. Jahres plötzlich Verwirrung, Aufregung, Angst, Furcht, Misstrauen; hört an der Zellenthür ein Zischen; sie kann nicht schlafen, weil man ihr das Bett von der Wand zöge, welches überhaupt immer schaukelte und erzittert. In ihrer Umgebung ist starker Schwefelgeruch, während des Schlafs streue ihr Jemand Sand in die Augen, beim Erwachen habe sie den Mund mit Koth gefüllt etc. Stellte Arbeit ein, sprach zeitweis von einem Manne und band sich Kleidungsstücke fest zwischen die Beine etc., dabei widersetzlich. Den 5. April 1868 zunächst in Irrenanstalt Sonnenstein, wo sie ausgeprägtesten Wahn, besonders die Sexualsphäre betreffend, hervorgegangen aus massenhaften Sinnestäuschungen, zumal des Gemeingefühls, darbot. — Hier seit den 6. April 1869. Viele Jahre hindurch durch ihren, immer vager werdenden Wahn eine der gemeingefährlichsten Kranken, höchst turbulent, schwer zu bändigen, immer gequält von ihren unangenehmen Sensationen. Jetzt aber, mit abklingendem Wahne, seit Jahren fleissig, wechselnd in der Stimmung, aber nicht mehr thätlich, schreit öfter zum Fenster hinaus, wenn sie sich geärgert hat, sitzt nicht, steht oft Stunden lang am Fenster. — Mittelgrosse, sehr kräftige Person, freundlich, schwatzhaft, schwachsinnig, kann weder lesen noch schreiben. Schädelumfang 53,5 cm, mesocephal. Stirn mässig hoch, breit. Iris rechts hat Pigementflecken. Spitze des Kinns nach vorn gedreht.

28. M.....r, Anna, 27 Jahre, Dienstmagd, dann Puella publica, beschränkt, leidlich unterrichtet, schlecht erzogen: oft wegen Diebstahls bestraft, ziemlich gut in den Strafanstalten sich aufgeführt, ganz moralisch

Digitized by Google

defect, ohne Reue. Wegen Rückfalldiebstahls 3 Jahre Zuchthaus. Hier nach 1½ Jahren stellt sie plötzlich die Arbeit ein, giebt verworrene Antworten (Betragen schon seit einiger Zeit auffällig), ward erregt, zornig, bezog Worte des Geistlichen auf sich, ward hochmüthig (es habe ihr Niemand zu befehlen), lächelte oft vor sich hin; warscheinlich Sinnestäuschungen. Seit der Abschiedspredigt des P. M. könne sie nicht mehr ruhig werden; sie sei auf Verordnung des P. M. begnadigt worden und werde vom Anstaltsarzte und der Oberaufseherin im Zuchthause deshalb zurückbehalten, um sie um ihren Verstand zu bringen. — Hier seit 4. Juli 1888. Hier immer ruhig, aber hochmüthig, deutet Vorgänge in ihrer Umgebung in schwachsinniger Weise, hat kaum Begriffe der Moral, erzählt ungenirt von Bordellen, will aus den Bewegungen und Mimik der Aufseherin erkannt haben, dass sie begnadigt sei. Sehr fleissig, reinlich. In der letzten Zeit äusserte sie scheinbar keinen Wahn. Den 8. August 1888 in eine andre Irrenanstalt versetzt. — Hydrocephalus. Mittelgross.

29. M . . . . e, Emma, 27 Jahre, Dienstmädchen. Gut befähigt, heftig: Vater am Gehirnschlag gestorben, wahrscheinlich ein Säufer, von Fremden erzogen, die sie angeblich gut behandelten. Lebte dissolut, wahrscheinlich auch sexuelle Excesse. Gewohnheitsverbrecherin. Vielfach bestraft wegen Diebstahls, auch oft in den Strafhäusern disciplinell gestraft, als lügenhaftes, leichtfertiges Wesen, ohne sittlichen Halt, ohne Reue, bezeichnet; ausgeprägte Eitelkeit. Den 11. Januar 1884 wegen Rückfalldiebstahls 6 Jahre Zuchthaus. Den 28. Mai 1885 hier zuerst, scheinbar spontan, heftigen Tobsuchtsanfall. Seitdem fast ununterbrochen solche eingetreten; es ging ihnen regelmässig ein depressives Stadium mit allerlei hypochondrischen Ideen vorauf (scheu, weint, sie könne sich nicht mehr halten, müsse zu toben anfangen). In der Erregtheit zerstörte sie Alles, war gewaltthätig, sang, lachte; Pupillen dabei eng, Aussehen congestionirt. Darnach folgt wieder melancholisches Nachstadium mit hypochondrischen Klagen (weint bisweilen, klagt, dass es nicht besser werden wolle). Die Anfälle scheinen mit der Menstruation in Connex zu stehen. In der Zwischenzeit scheu, oft kindisch, mit eigenthümlichen Tics. Dabei oft merkwürdiges Zittern am ganzen Körper, blaue Lippen. — Hier seit dem 27. Juli 1887. In der ersten Zeit genau solche Anfälle, die 3—6 Tage andauerten, schmierte auch mit Koth, ging nackt. Vor- und nachher ängstlich, weinerlich. Ruhig geworden war sie immer scheu, klagsüchtig, empfindlich, fleissig. Die Anfälle wurden allmälig seltner, die melancholischen Vor- und Nachstadien unklarer, die Anfälle selbst langandauernd. Ofen, Pallissaden zerstörte sie, warf im Jahre 1889 42 Fensterscheiben ein und war die Einzige, welche das Lederzeug bedurfte und auch dies wiederholt zerstörte! Seit mehr als 1 Jahr arbeitet sie nur für sich, verkehrt gern mit Züchtlingen, ist freundlich, gutmüthig, sobald man ihren Willen thut, sonst wird sie maasslos heftig, bleich vor Wuth, gemein und schlägt zu, zertrümmert, was ihr unter die Hände kommt. Eitel, schmückt sich

Digitized by Google

und ihre Zelle; bei der Putzsucht allein ist sie zu fassen. Hat gute Schulkenntnisse, schreibt gut, lügt aber wie gedruckt, übertreibt, verlangt aber von Andern volle Wahrheitsliebe etc., verdächtigt, beschuldigt, läuft umher und hetzt, so dass ewiger Krawall ist und die M. bei Beamten und Kranken gefürchtet und seit Jahren die schlimmste Kranke der Anstalt ist. Oft war sie magenkrank, ohne Appetit, lag zu Bett und sprach nicht, z. T. gewiss psychisch bedingt. Einfluss der Menses nicht zu sehen. Zeitweis Lippen dunkelblau, kein Herzfehler. Mittelgross, sehr kräftig; Schädel etwas oxycephal, weiches, dunkles Haar, feines Gesicht; Stirn etwas niedrig, fliehend; Stirnsinus vorspringend; Ohren klein, ungleich, schlecht angeheftet; Andeutung von Mongolenfalte.

30. P... sch, Emilie, 44 Jahre alt, diente; beschränkt, gutmüthig, leichtsinnig, Gewohnheitsdiebin. Später Cigarren- und Handarbeiterin. Seit 1866 meist in Strafanstalten, schon mit 13 Jahren gestohlen. Auch wegen Bettelns, Landstreicherei bestraft. Zuletzt 4 Jahre Zuchthaus wegen Rückfalldiebstahls. Trieb sich meist, ihrem Hange nach, in Männerkleidern umher, hat auch theilweis als Mann gearbeitet, wie sie sagt, weil sie als Bestrafte unter polizeilicher Aufsicht stehend, als Frau keine Arbeit gefunden hätte. Diente kurze Zeit als Knecht bei einem Bauer, arbeitete unter Männern in einer Cigarrenfabrik und will sogar monatelang als Eisenbahnarbeiter gedient haben! Ihre Kleidung, ihr männlicher Habitus, die kurz geschnittenen Haare, die tiefe Stimme und die beobachtete Schweigsamkeit schützten sie vor Entdeckung. In den Strafanstalten viel bestraft wegen Faulheit, Liederlichkeit, Zänkerei, schlechte Arbeit etc. Fälschte einen Brief, machte einen Fluchtversuch, später gelang ihr die Flucht. Hatte früher epileptiode Anfälle, schon in den siebziger Jahren wahrscheinlich im Zuchthause geistesgestört gewesen. Wiederholte Liebeleien und Unzucht mit Sträflinginnen. Ende 1888 apoplektiformer Insult, liess Stuhl und Urin unter sich, erholte sich bald, aber Ideenflucht, Verworrenheit, bisweilen Sinnestäuschungen (hörte Mutter rufen), absurde Grössenideen (goldne Betten, habe viel geerbt, sei Kaiser etc.); daneben tabische Symptome. Stimmungswechsel, Euphorie, Häsitiren. Heult, jammert bisweilen. Zwischen schwankenden Grössenideen leidliche Antworten und deutlicher Schwachsinn erkennbar. — Hier seit den 29. Januar 1889. Anfangs reger Grössenwahn und tabische Symptome, träge Pupillen, Häsitiren, fibrilläre Gesichtszuckungen, Euphorie, Stimmungswechsel. Jetzt fast Alles bis auf Spuren verschwunden. Kein Wahn, keine Sinnestäuschung, Krankheitsbewusstsein, giebt leidliche Auskunft, hat aber schlechtes Gedächtniss. Leicht erregbar, dann Anklang an Häsitiren und fibrilläre Zuckungen. Zeitweis Bettnässen. Immer sehr fleissig, sauber, verkehrt fast nur mit Züchtlinginnen, steht noch im Verdacht der Liebelei, hetzt, lügt, wie gedruckt, ist aber stets unschuldig, schlägt gern, besonders Schwächliche, herrisch, verklagt und ist meist unausstehlich. — Mittelgross, kräftig, rechts grosser Leistenbruch. Gesicht breit, männliche Züge, Stimme tief. Schädel

Digitized by Google

mesocephal, oben ziemlich platt, Hinterhaupt senkrecht abfallend, Ohr zu klein, Ohrläppchen mangelhaft und schlecht angeheftet, Stirn etw niedrig, sehr faltig. Backenzähne links oben etwas schief eingepflanzt.

31. P....d, Aug., 30 Jahre alt, Fabrikarbeiterin; beschränkt, Mutt liederlich, bestraft; Vater wenig zu Hause, kümmerte sich nicht um d Kinder, die er nicht für die seinigen hielt, lebte in Zwist mit der Fra später trennte er sich von ihr. Als Kind besuchte die P. unregelmäss die Schule, stahl schon, von der Mutter dazu angehalten, benahm si schlecht, deshalb Besserungsanstalt (auch ein Bruder in einer solchen, ei Schwester hat gestohlen). Hier grosse Straftabelle wegen Zänkerei, Unsit lichkeit, Trägheit, Lüge, Diebstahl. War von klein auf jähzornig, au brausend, sittlich blind. Diente nur kurze Zeit, verbrachte meist ihr Leb in Zuchthäusern und Gefängnissen wegen Diebstahls, Urkundenfäl schung, Betrugs, Gebrauchs falschen Namens, Landstreicherei Widerstand. Dissolutes Leben. Auch in den Strafanstalten oft bestra wegen Rohheit, Lüge, Faulheit etc. Zuletzt 2½ Jahre Zuchthaus wege Rückfalldiebstahls etc. Schon 1883 im Zuchthaus wahrscheinlich psychisc gestört. 10 Monate nach der letzten Aufnahme leichte Eregung, macht fast nichts, sprach wenig, ging auf und ab, schrieb, sie verlange die Frei heit, sie sei noch nie in einem Zucht- oder Strafhause gewesen; solch Erregungen wiederholt. Hier seit dem 31. December 1888. Höchst unan genehme Kranke, sittlich depravirt, lügnerisch, intriguant, verkehrt am liebsten mit Züchlinginnen, hetzt, ist heimtückisch, nymphomanisch (ver dächtigt bisweilen die Beamten sexuell), schlägt manchmal, leugnet di meisten ihrer Strafen, sucht sich stets heraus zu reden (foli raisonnante hat wenig Kenntnisse; trotz scheinbarer Schlauheit (durch Führung falsche Namen hat sie lange die Richter in Verlegenheit gesetzt) doch Intellek schwach, wie schon die groben Widersprüche und nicht consequente Lüge zeigen. Simulirte einmal Bluthusten, indem sie mit Nadel in das Zahn fleisch gebohrt hatte. Hier aber bisher ohne eigentliche Erregungen, wi früher, ohne Hallucination. Eitel. Anfang November 1890 raffinirte Flucht nach 2 Wochen wieder zurückgebracht. — Mittelgross, schwächlich, Menses angeblich erst mit 16 Jahren, Schädel rund, flach, spärliche Haare; leichte Hydrocephalie. Gesicht breit, fast mongoloid, pockennarbig, asymmetrisch Stirn desgl. Tub. front. vorstehend; kleiner Unterkiefer. Nasenwurzel ein gezogen. Etwas Atherom.

32. P...l, Fanny, Näherin, 43 Jahre. Unehelich geboren; Vater Säufer, Mutter Vagabundin, Bruder Säufer und epileptisch, sie selbst be schränkt und viele Jahre hindurch unregelmässige und seltne Krämpfe gehabt. Als Kind die Pocken. Verwahrlost, roh, liederlich, faul, lügne risch, hielt im Dienste nicht aus, einmal wahrscheinlich luetisch gewesen. Viel bestraft wegen Diebstahls, Brandstiftung, Bettelns, Vaga bundirens; in den Strafanstalten grosse Straftabelle, simulirte auch epilept. Anfälle. Zuletzt 11 Jahre Zuchthaus wegen Brandstiftung. 1½ Jahr

Digitized by Google

später begann hier periodische Manie ohne ausgeprägten Wahn; schliesslich mehr chronische Erregung mit Räsonniren, Verbissenheit, Selbstmordversuchen und deutlicher geistiger Abnahme. Hallucinationen nicht bemerkt, häufig Magenkatarrhe, seltne epileptische Anfälle. — Hier seit dem 2. Mai 1874. Meist ruhig, aber roh, wetterwendisch, bald freundlich, bald brutal, oft plötzlich aufgeregt oder dumpf hinbrütend (Sinnestäuschungen?). Seit Jahren sich besser benommen, aber rechthaberisch, intriguirt, kaupelt gern, verkehrt nur mit Ihresgleichen, sehr sauber, schwachsinnig, aber redet flott. Anfang 1890 heftige Influenza; darnach Monate lang heftige Darmschmerzen, Kopfschmerzen, Prostration, Magenbeschwerden und sehr viele epileptische Krämpfe (Jahre lang nicht aufgetreten), die z. T. aber gewiss simulirt sind. Erst seit September Befinden besser; lag vorher meist zu Bett. — Mittelgross, sehr kräftig; links Leistenbruch; Narbe am linken Oberschenkel. Oxycephal, Schädelumfang 53,5. Schädel eher gross, Stirn niedrig, etwas fliehend, sehr faltig, schmal. Gesicht mongoloid, breit, mit Pockennarben und leicht asymmetrisch. Iris gesprenkelt. Ohrläppchen etwas klein, schlecht angeheftet. Nase plump, an der Wurzel eingezogen. Oberkiefer über den untern etwas vorragend. Zähne unten der Fläche nach unregelmässig gestellt.

33. R.....r, Marie Henriette, 32 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Gut befähigt. Mehr im Zuchthaus und Gefängniss (Diebstahl, Betrug, Unterschlagung, Brandstiftung) als draussen gewesen. Zuletzt 3 Jahre 3 Monate Zuchthaus (Rückfalldiebstahl). 5 Monate später plötzlich verstört, erregt, benommen, lebhafte Sinnestäuschungen (sah Mann in ihre Zelle treten, hinter den Ofen, ass nicht, weil Gift im Essen sei) perverses, manisches Benehmen (machte aus Schürze eine Art Puppe, tanzte damit etc.); selten deprimirt, meist ausgelassen heiter; zwischendurch schwer benommen. Constante Klagen über Schmerzen im Hinterkopfe, sie habe das Gefühl, als ob Wanzen und Läuse drin wären. Wiederholt solche Erregungen hallucinatorischer Verwirrtheit. Ein erotischer Zug dabei nicht zu verkennen. — Hier seit 30. Januar 1890. Aengstliche Erregungen seltner, sah aber auch Männer, klagte viel über Kopfschmerzen, sehr fleissig, folgsam, will nichts vom Zuchthause hören, bereut ihr Leben, beträgt sich musterhaft. Im April und September leichte und kurze Erregungen, bat um ein anderes Bett, weil ein Mann hinter dem Ofen wäre, der sie beobachte. Hört bisweilen dann am Tage eine Stimme, die ihr zuruft: Du sollst nicht essen. Zeitweis Kopfschmerzen. Antwortet gut, aber langsam, ist in Vielem nicht orientirt, hat kaum noch Schulkenntnisse. — Mittelgross, stark, blühender Teint aber schwindsüchtig. Gesicht und Schädel rundlich. Ohren etwas abstehend, Zähne zum Theil auseinanderstehend, Pupillen schlecht reagirend.

34. R.....r, Ida, 36 Jahre alt, Dienstmagd, ledig, dürftig begabt, scheinbar gutmüthig. Vater wiederholt im Zuchthause. Ungünstige Jugend. Gewerbsmässige Diebin und Betrügerin. Zuletzt 1 Jahr 1 Monat

Digitized by Google

Zuchthaus (Rückfalldiebstahl). In den Strafanstalten oft Disciplinarstrafen, arbeitete schlecht und wenig, oft auch frech und widerhaarig. 4 Monate etwa nach letzter Aufnahme begann allmälig Depression, war ohne Wahn, verschlossen, sprach nicht, hielt sich abseits, lachte plötzlich auf oder sprach vor sich hin, benahm sich auffallend, weinte auch, arbeitete sehr langsam und schwerfällig. Zahlreiche Sinnestäuschungen: sieht bei der Arbeit immer so närrisches Zeug, es schwämmen viel Fische vor ihr herum, Sterne leuchteten, auch Menschen sprächen mit ihr. Blickte stets zu Boden, sprach leise; langsamer Gang und gebückte Haltung. — Erst kurze Zeit hier, dann wegen tiefen Blödsinns in eine Siechenanstalt gegeben und hier wieder zurück seit 18. September 1888. Stumpf, salopp, ohne Umgang, ohne Interesse, ohne Arbeit, dann und wann transitorische Erregung mit rücksichtslosem Schimpfen, gelegentlicher Gewaltthätigkeit. Ganz blöde. $3 \times 6 = 11$, $+11$ „bleibt bei 11". „Ich bin 11 Jahre." Ganz ohne Orientirung. — Mittelgross, stark. Schädelumfang 52 cm. Schädel oben flach, Hinterkopf steil. Stirn sehr niedrig. Blödes Gesicht, etwas mongoloid, abstehende Ohren, mangelhafter Anthelix. Pupillen starr, Iris geflecht. Die untern Schneidezähne in eine gerade Linie gestellt und unregelmässig. Prognathie. Atherom.

35. S.....l, Ernest. Lina, 24 Jahre alt, Dienstmagd, leidlich befähigt, leichtfertig, verlogen. Lebte nur wenig in Freiheit. Viel bestraft (Diebstahl, Körperverletzung, Betteln, Betrug). Zuletzt 2 Jahre 2 Monate Zuchthaus (Betrug). Ausschweifend, liederlich, wahrscheinlich Soldatenhure, hat angeblich künstlich abortirt. In Strafhäusern viel bestraft, weil lügenhaft, durchtrieben, roh. 10 Monate nach der letzten Aufnahme (Kopfschmerzen vorangegangen) unruhig, verwirrt, lief mit dem Schemel in der Zelle auf und ab, monoton das Eine immer wiederholend: „Wenn ich nur wieder einmal heim wäre" „Wenn aber meine Mutter kommt und der Offizier lässt sie nicht herein?"; einige Male Nahrungsscheu, bald zugänglicher, Ideenflucht, dutzt die Aufseherin, phantasirt viel von Soldaten mit schönen Schnurrbärten, Garnisonsorten und gehabten Liebesabenteuern; dann wieder kurze Depression, hört Nachts die Stimme der Mutter, es seien im Kopfe Wanzen und Flöhe, daher der Kopfschmerz. Stimmung dann wieder heiter, mit kindischem, albernem Benehmen, beschäftigte sich zeitweis, war lasciv, renommirt mit Liebesabenteuern etc. Während der nächsten Menses sehr verworren, erzählte, es seien Nachts Leute in ihre Zelle gekommen und hätten sie misshandeln wollen. Wiederholte immer: „sie haben mich nicht mitnehmen wollen". Nach einigen Tagen wieder übermüthig, verliebt; einzelne Sinnestäuschungen (werde von einer alten Frau verfolgt). Intercurrent wieder kurze Perioden mit hallucinatorischer Verwirrtheit. — Hier seit dem 26. Juni 1889, öfters krank, immer fleissig, sauber, putzsüchtig, loses Mundwerk, bereut jeden Augenblick ihr Leben, hat gute Vorsätze, wird aber im nächsten Momente reizbar, roh, skandalsüchtig. Intriguant, frech, macht verliebte Augen, verkehrt

Digitized by Google

meist mit Sträflinginnen. Hin und wieder scheinbar Zwangsideen oder Sinnestäuschungen. Anfang October sagte sie z. B. „Wie kommt es, dass mich gewisse Sachen innerlich so verfolgen, dass ich immer laut lachen muss?“ Anfang Januar 1890 ins Zuchthaus, weil soweit geheilt, zurückgegeben. — Kleine, untersetzte Person, der Phthise verdächtig. Eingedrückte Nasenwurzel, breites, rundes, gemeines Gesicht.

36. Sch . . . . t, Amalie, Dienstmagd, 34 Jahre alt, schwachsinnig von Geburt, moralisch defect, sexuell erregt, hatte ein Kind, arbeitsscheu, vergnügungssüchtig, boshaft. Einmal Diebstahl. Dann 5 Jahre Zuchthaus wegen vorsätzlicher Brandstiftung und Diebstahls. Fast gleich nach Einlieferung verkehrtes Benehmen; band sich das Arbeitsbuch, sowie einige Blätter aus dem neuen Testamente um den Hals, warf den Tabak in den Abort, zeigte Depressions- und Angstanfälle mit Gewaltthätigkeit, Stehlsucht, Entweichungssucht, angeblich ohne Sinnestäuschungen, ohne eigentlichen Wahn. — Hier seit 22. November 1883. Verblödet, negatives, mürrisches, ängstliches Verhalten mit zeitweiser ängstlicher Aufregung, Gewalthätigkeit, bisweilen Nahrungsverweigerung. Zerstören von Gegenständen und Gehörstäuschungen. Ganz unzugänglich, scheint Niemanden zu kennen, reinlich, zieht sich an und aus. Schreit oder lacht plötzlich oder schwatzt für sich, giebt nie eine Antwort. — Kleine, schwache Person; Schädel mesocephal, 52 cm im Umfange; ohne besondere Degenerationszeichen.

37. S . . . . . n, Lina, Fabrikarbeiterin, 26 Jahre alt, angeblich ohne Erblichkeit; Mutter (eigne Angabe) früh gestorben, Vater kümmerte sich nicht um die Erziehung. Sie war eitel, faul, putzsüchtig, jähzornig, offenbar schwach beanlagt, onanirte, lebte unmoralisch, wiederholt wegen Vagirens und Diebstahls bestraft; lange Straftabelle in den Strafanstalten. 1 Stunde nach der letzten Entlassung wieder gestohlen, deshalb 1 Jahr Zuchthaus. Bei der Aufnahme angeblich geistig gesund zeigte sie allmälig Depressions- und Exaltationszustände mit Wahnideen und Sinnestäuschungen, schwatzte, lachte viel vor sich hin, sah Teufel und Männer, zerpflückte den Tabak, putzte sich phantastisch, schaukelte ein zusammengerolltes Tuchstück als Kind, das sie geboren habe, war dann tief betrübt, als man es ihr wegnahm, versteckte sich hinter den Ofen etc. — Hier seit dem 30. December 1885. Aehnliches Verhalten; Paranoia mit Verfolgungs- (auch einige Grössen-)Ideen, gedrückt oder turbulent, gewaltthätig, gemein, zerstörungssüchtig. Seit $1^1/_2$ Jahren traten Wahn- und Sinnestäuschungen zurück; dafür dauert aber das turbulente, explosive Wesen fort. Bei dem geringsten Widerspruche oder Aerger skandalirt sie furchtbar, wirft Fensterscheiben ein (im Jahre 1889 allein 44!), wird bodenlos gemein und bringt die ganze Station in Aufruhr. Sonst eitel, putzsüchtig, zankt sich mit Jedermann, versöhnt sich aber schnell wieder, geht allein mit Sträflinginnen um, verklatscht, hetzt, zeigt sich kokett, verliebt, hat aber nicht wieder onanirt. Faul. — Mittelgross, ziemlich kräftig. Schädelumfang 54 cm,

Digitized by Google

mesocephal; Stirn relativ niedrig. Eckzähne oben schief implantirt. Hart Gaumen sehr tief.

38. S.....r, Anna, 32 Jahre, Fabrikarbeiterin. Mutter früh gestorbe Vater kümmerte sich nicht, böse Stiefmutter. Schlecht beanlagt, leichtferti lügenhaft, jähzornig, liederlich, hat ein uneheliches Kind. Unverbesse liche Diebin und Betrügerin, sehr oft, ohne jeden Effect bestra auch grosse Straftabelle in den Gefängnissen. Zuletzt 1 Jahr 5½ Mona Zuchthaus (hier schon zum 4. Male!) wegen Betrugs und Betrugsversuch im wiederholten Rückfalle. Einige Monate nach der Aufnahme renite aggressiv, arbeitete nicht mehr ordentlich, schlief schlecht, beruhigte sic aber immer bald. Besonders zur Zeit der Menses spontane Erregunge einige rudimentäre Hallucinationen. Allmälig Wahn von Allen schlec behandelt und beleidigt zu werden. — Hier seit dem 1. Mai 1889. I Allgemeinen ruhig, zurückgezogen, fleissig, Anfang des Jahres 1890 ab ohne Grund oft renitent, beklagte sich über schlechte Behandlung, schimpft warf Fenster ein, war erregt. Nie deutliche Sinnestäuschungen. Seit M naten wieder ruhig, fleissig, aber stets misstrauisch, reizbar, menschenscheu Gute Schulkenntnisse, gutes Gedächtniss, aber offenbar Schwachsinn. Mittelgross, kräftig: Schädelumfang 54 cm, Schädel eher klein, doch hoch Stirn schmal und relativ niedrig; Gesicht breit, mongoloid, muffig aus sehend, grob; Nasenwurzel eingedrückt. Wulstige Lippen, flacher harte Gaumen, Unterkiefer stark, untere Schneidezähne schief nach vorn; Ohr läppchen schlecht angeheftet.

39. St.....f, Aug., 49 Jahre alt, Fabrikarbeiterin, gering befähigt schlecht erzogen, leichtsinnig, roh, aber lenksam, angeblich Typhus un Kopfrose gehabt. Menses erst mit 20 Jahren. Zweimal geboren. Ei Bruder soll gelähmt gewesen sein. Nach der Schule beständig vagabundiren und stehlend sich herumgetrieben, viel bestraft wegen Diebstahls Betrugs. In Strafanstalten grosse Straftabelle. Zuletzt 4 Jahre Zucht haus (Betrug und Diebstahl). Seit dem Jahre 1870 litt sie, besonders zu Zeit der Menses 1—2 Tage lang an Aufregungen, zerschlug dann Alles schrie, tobte. 7 Monate nach der letzten Aufnahme im Zuchthause wiede im Anschluss an die Menstruation ähnliche Erregungszustände, ohne fixi ten Wahn, mit vor- und nachfolgender Depression. In der Zwischenzeit fühlte sie sich matt, appetitlos, meist zu Bett, arbeitete bisweilen etwas war aber völlig unverträglich und kam mit Allen in Conflict. Litt schein bar manchmal an Gehörstäuschungen, da sie sich umblickte. Chronische Magenkatarrh; einige Male Schwindelanfälle, in denen sie umfiel. — Hie seit dem 22. Juni 1873. Hier traten diese menstrualen Manien nur selte auf, dagegen zeigte sich periodisch auftretende Reizbarkeit, Empfindlichkeit Weinerlichkeit; fühlte sich dann tief beleidigt, krank, war nicht immer fleissig; meist heiter aber zänkisch. Anfang 1881 beurlaubt, wegen neuen Betrugs belangt, aber als geistesgestört erkannt und Ende des Jahres 1881 im hochschwangern Zustande hier eingeliefert. In den letzten Jahren kam

Digitized by Google

von Periodicität etwas zu spüren gewesen, sondern fast immer anhaltend fleissig, reinlich, aber zänkisch, gehässig, neidisch, hetzt, geht gern mit ihresgleichen um, wird bisweilen grob und roh. Leidliches Gedächtniss, aber Schwachsinn, Kritiklosigkeit. — Gross, knochig, männlicher Typus. Schädelumfang 53 cm, Schädel relativ hoch, mesocephal. Gesicht viereckig, mongoloid; Augen klein, tiefliegend. Ohren schlecht angeheftet. Etwas Struma.

40. S.....r, Joh. Aug., 48 Jahre alt, Kutschers Ehefrau, mit 2 Kindern. Fast nichts von ihr bekannt. Geistig beschränkt. 9 Monate Gefängniss wegen Rückfalldiebstahls, Beleidigung und Widerstands gegen die Staatsgewalt. Schon bei der Einlieferung abnorm psychisch, machte allerhand unsinnige Handlungen, war meist in sich gekehrt, später aber zeitweilig renitent, ja tobend, jedenfalls durch Sinnestäuschungen und Wahnideen. — Hier seit dem 27. Juni 1887; sprach viel vor sich hin, gestikulirte, war öfters durch Sinnestäuschungen sehr heftig, verweigerte bisweilen das Essen, weil es vergiftet sei; auch Nachts unruhig und in ihrem Wahne lebend, ganz unzugänglich. Verblödete immer mehr, ward ruhiger, zeitweis hinfälliger und unrein, ganz verworren, fluchte zum Fenster hinaus etc. Starb hier den 13. März 1889. Mittelgross, rundlicher Kopf, ohne besondre Merkmale. Calva dick, sehr blutreich. Gehirn weich, Pia verdickt, ödematös, Rinde verschmälert, Ventrikel erweitert. Gehirngewicht nach Abfluss 1110,0.

41. Th...s, Ernestine, Dienstmagd, 51 Jahre alt, leidlich befähigt, in der Erziehung vernachlässigt, von der Mutter zum Betteln angehalten, gutmüthig. Blattern. Hure. Sehr oft bestraft wegen Diebstahls; immer grosse Straftabellen. Zum 4. Male Zuchthaus wegen Rückfalldiebstahls (2 Jahre). War schon in der Hauptverhandlung höchst störend etc. Gleich beim Eintritt in das Zuchthaus deutlicher Verfolgungswahn; die Polizei ist hinter ihr her, sie ist unschuldig, braucht deshalb nicht zu arbeiten, will sich rächen, sich beschweren, dass der Arzt sie nur „Subject" genannt habe, dass der Geistliche von Pferden und Tanz in der Kirche gesprochen, dass der Obergendarm sie gebraucht habe etc. Dabei erregt, schlug, sehr obscön, Nachts oft unruhig. Allmälig ruhiger, arbeitete mit, aber noch Gehörstäuschungen. — Hier seit dem 4. Januar 1876. Zeitweis höchst gewaltthätig, zerstörungssüchtig, unter dem Einfluss beschimpfender Stimmen; letztere auch in ruhigen Zeiten. Allmälig schwanden Sinnestäuschungen und der Verfolgungswahn, Remissionen wurden undeutlicher, der Schwachsinn prägnanter. Ende des Jahres 1888 beurlaubt, stahl sie, ward bestraft und aus dem Gefängniss von hier aus requirirt! Seitdem fast immer fleissig, schlägt oft spontan, offenbar auf Hallucinationen hin, trotzdem sie weder solche noch irgend Wahnideen äussert, kaupelt gern, stiehlt öfters, sucht sich Schnaps zu verschaffen. Nie mehr gewaltthätig gewesen, ist stets für sich. Schlecht orientirt, schwachsinnig. Klein, kräftig gebaut; Schädelumfang 51. Hypsocephalie. Asymmetrisches Gesicht, linker Tuber

Digitized by Google

front. etwas vorspringend; etwas prognath. Schädel hinten breiter als vorn. Concha aurium gross.

42. T . . . . c, Amalie Auguste, 36 Jahre alt, unehelich geboren. Vater nicht bekannt, Mutter starb gleich nach der Entbindung. Die T. von Geburt an schwachsinnig, unfähig zu dienen. Im Waisenhause erzogen, gutmüthig, zeitweis leicht reizbar, dann leicht gewaltthätig. Lebte solid, nur in der letzten Zeit angeblich Neigung zu Männern. Aus Rache brannte sie das Haus ihrer Pflegemutter nieder. Lange Untersuchungshaft; hier brach nach der Schwurgerichtssitzung Tobsucht los, zerbrach Alles, riss den Ofen um, zerschlug Fenster, schrie, fluchte, schimpfte, aber ohne Wahn, ohne Hallucinationen anscheinend. — Hier seit dem 19. Januar 1874. Anfangs noch sehr erregt, ward sie sehr bald ruhiger; ist fleissig, kränklich, gutmüthig, ohne Initiative, nicht zänkisch, zufrieden, selten störrisch oder grob. Viel magenkrank. Hat sich seit Jahren mit Zuchtlinginnen eingelebt, für die sie sehr besorgt ist. Januar 1890 leichte Influenza; darnach Koliken. Im Sommer häufige epileptoide Krämpfe (will solche auch als Kind gehabt haben); dies einige Monate lang. — Schwachsinnig, kritiklos, ohne Wahn, ohne Hallucinationen. — Mittelgross, ziemlich kräftig. Relativ kleine und hypsocephale Schädel und Stirn, sehr langes, etwas mongoloides Gesicht, Flecken in der Iris; sehr schmale Ohren, schlecht angeheftet mit verkrüppeltem Anthelix; breiter Mund, defecte Zähne.

43. U . . . g, geschiedne Cigarrenhändlerin, 38 Jahre alt, gut beanlagt, frech, lügenhaft, ausschweifend, liederlich, betrog, schwindelte, hatte ein uneheliches Kind, lebte zuletzt in wilder Ehe. Wiederholt wegen Diebstahls, Betrugs, Unterschlagung, Erpressung bestraft; überall lange Straftabellen. Zuletzt $3^1/_2$ Jahre Zuchthaus (Rückfallsdiebstahl). Immer gesund gewesen, nur vor 9 Jahren angeblich Starrkrampf (hysterischer Anfall?). Schon bei der letzten Aufnahme aufgeregt, gestikulirte, lief hin und her, schwatzte, querulirte. Protestirte gegen ihre Strafe; sie sei heimlich und widerrechtlich hergeschafft worden. Vielgeschäftig: wollte durch ihren Advokaten Aussenstände einziehen lassen, vor dem Amtsgerichte Schuldner verklagen, gegen ihre Verurtheilung Berufung einlegen etc. Das schwere Essen könne sie nicht vertragen, ihr Geblüt sehe aus wie Wasser, die Herzgrube sei krank, die Herzknochen alle hervorgetreten und aufgetrieben; wenn sie Suppe esse, schnüre es ihr den Hals zu; man habe ihr in die Suppe „Stuhlgangpulver“ eingegeben, sie habe 15 ärztliche Atteste, dass sie leidend sei etc. Nachts sei sie auch immer viel „geknöchelt“ worden und habe immer ihre Verwandten und Bekannten jammern hören. Verschiedene derselben müssten ihrethalben gefangen sitzen. Oft Stimmungswechsel, hysterische Klagen, Anklang an Grössenideen: sie habe Fürsten und Grafen zu Kunden. Arbeitet oft nicht, anmaassend, unverträglich. — Hier seit dem 10. Juli 1889. Nie erregt, ewig aber unzufrieden, querulirend, ist geistesgesund, stets unschuldig gewesen, ihre Acten sind gefälscht, die Schuldige sei eine Andre ihres Namens; der Gerichtsdirector, der sie

Digitized by Google

verurtheilte, wäre geisteskrank gewesen; nicht 3 Jahre Zuchthaus, sondern nur 3 Monate seien ihr zuerkannt, wie sie durch Zeugen erhärten könne etc. Schreibt viel, z. T. verworrene Briefe, hat auch solche hinausgepascht. Verdächtigt die Kranken und die Pflegerinnen, hetzt, ist aber stets unschuldig und verfolgt, lügt, misstraut aller Welt, führt deshalb im Garten stets in der Handtasche ihre Habseligkeiten bei sich, hält sich für besser als Andre, verkehrt mit Vorliebe mit Sträflinginnen. Dabei eitel, putzt sich, trägt ein Cul de Paris, arbeitet wenig. Wenig hysterische Klagen, habe aber öfters auch hier ihre Verwandten winseln hören, glaubte wiederholt sie müssten für sie sitzen; im Juli äusserte sie, man habe etwas in ihr Bier gethan, es schmecke eigenthümlich. Dabei schwachsinnig, voller Zuversicht auf die Zukunft, gedächtnissschwach. — Mittelgross, kräftig. Schädelumfang 54 cm, mesocephal, gut gebildet. Gesicht fein, verschmitzt. Satyr-Ohren. Wenig Augenbrauen. Deutliche Prognathie.

44. U . . . r, Christ. Ther., Handarbeiterin, 58 Jahre alt, unehelich geboren, gutmüthig, aber jähzornig. Mutter und ein Bruder derselben epileptisch und im Anfalle gestorben; ein noch lebender Bruder der Mutter ebenfalls epileptisch. Patientin seit Kindheit an epileptisch; später Pocken. Nach der Schule gedient, dann seit dem 20. Jahre vagabundirt, gehurt, wiederholt syphilitisch und fast ununterbrochen Polizei- und Criminalstrafen (Diebstahl). In den Strafhäusern viel bestraft, besonders in den letzten Jahren, wo Widerspenstigkeit, Rohheit, Klagsucht zunahmen. Seit 1859 die Krämpfe seltner und unvollständiger. Den 4. Mai 1872 (zum 5. Male) Zuchthaus ($1^1/_2$ Jahre) wegen Rückfalldiebstahls, da sie sich aber gar nicht bessern wollte dauernd ins Gefängniss überführt. Im April 1874 nach wiederholten epileptischen Anfällen heftige Tobsucht mit Gewaltthätigkeit, Schreien, Zerreissen und Sinneswahn; deshalb den 15. Juni 1874 nach hier gebracht. Sehr erregt, zerriss, schmierte, zog sich nackt aus, sang, lachte vor sich hin, sagte, sie werde ungerechter Weise detinirt, von Beamten absichtlich gepeinigt. Onanirte schamlos (dies seit langem!), gewaltthätig. (Im Zuchthaus ein Strangulationsversuch.) Allmälig mit fortschreitender Verblödung ruhiger, arbeitssamer, reinlicher. Keine Krämpfe mehr beobachtet, aber stets unzufrieden, zänkisch, faul, schlug auch, deshalb öfters Zelle. Selten aufgeregt, kobert Vieles zusammen, bleibt mehr für sich. Schwachsinnig. — Mittelgross, kräftig; starkes Schwanken bei Augenschluss: Tremor. Kopf rundlich, 53 cm im Umfange, etwas oben flach. Stirn breit, leidlich hoch. Gesicht mongoloid, Pupillen ungleich, träg; Flecken der Iris, schlecht angeheftete Ohrläppchen.

45. Unbekannte Taubstumme, unbekannten Alters und Herkunft. 1845 legitimationslos aufgegriffen, kam sie in eine Correctionsanstalt. Vorübergehend einer Taubstummenanstalt übergeben; hier constatirt, dass sie wirklich taubstumm, aber nicht blödsinnig sei; sie schien anzugeben, dass ihre Eltern vor wenigen Jahren gestorben seien, sie wäre geschwängert worden, das Kind aber sei bald gestorben. Zurückgebracht meist unbefangen,

Digitized by Google

heiter, aber wegen Jähzorns (zeitweilig „Gallenaufregung"), Unfolgsamkeit, Sachbeschädigung etc. oft disciplinell bestraft. Sie zeigte sich aber fleissig, geschickt und begriff leicht. Es zeigte sich ferner, dass sie katholisch sein musste, da sie mit den katholischen Gebräuchen innig vertraut war. Den 10. April 1848 hier eingeliefert „bis zur Ermittelung ihrer Heimath". Fleissig, seit 2 Jahren auf einem Gute, aber jähzornig und epileptisch, dabei aufgeregt. — Klein, mager, anscheinend ca. 55 Jahre alt, dolichohypsocephal, mit eingesunkner Schläfengegend. Hinterkopf spitz, asymmetrisch, Gesicht asymmetrisch, nach rechts verschoben, Stirn relativ niedrig: Ohrläppchen klein, Concha gross, das linke Ohr etwas grösser als das rechte; Jochbogen etwas prominent. Den 20. December 1890 anderweit versetzt.

46. V....ch, genannt P.....e, Johanna Christ., Handarbeiterin, 54 Jahre alt, ausserehelich geboren, imbecill von Jugend auf, angeblich ohne Erblichkeit, lüderlich, moralisch haltlos. Gewonheitsdiebin und Lohnhure; sehr viel bestraft, auch in den Strafanstalten; hat 2 uneheliche Kinder. Seit 1880 Krämpfe, Simulirte auch solche. Zuletzt 2 Jahre Zuchthaus (Rückfalldiebstahl, Gewerbsunzucht). 10 Monate nach der Aufnahme ward sie unruhig, aggressiv, fluchte, schimpfte auf die Beamten, stellte die Arbeit ein, beruhigte sich aber bald. Dergleichen Erregungen traten wiederholt auf. Den 25. Juli 1888 hier eingeliefert. Keine Krämpfe mehr, zeitweis tobsüchtige Erregungen mit gemeinsten Schimpfreden, dann Zelle. Warf Fensterscheiben ein, zerriss ihre Kleider, zog sich aus, schmierte etc. Sonst meist heiter, kindisch-blödsinnig, putzt sich mit Flitterwerk phantastisch auf, spielt mit Vorliebe Mundharmonika oder dreht stundenlang den Leierkasten, arbeitete wenig, verkehrt gern mit Ihresgleichen und lässt sich leicht aufhetzen. Sie schwatzt in einem fort, läuft stets unruhig hin und her, hat sich 1889 in den Arm geschnitten. Wahnideen oder Sinnestäuschungen nie nachweisbar. Ganz schwachsinnig, kann kaum schreiben, kennt nicht die Jahreszahl, nicht ihr Alter, wenig von ihrem Vorleben. — Klein, schlecht genährt, heiser. Schädel 54 cm, niedrig, meso-scaphocephal; Stirn etwas flach und mässig hoch, wie auch das Gesicht deutlich asymmetrisch; Gesicht mongoloid, männlich. Starkes Atherom der Temporalarterien. Ohren schlecht angeheftet. Rechte Iris mit Pigment; beide Augen weit auseinander, Nasenwurzel eingesunken; etwas Prognathie, Kinnbacken sehr breit, untere Schneidezähne schräg nach oben und aussen. Mund abnorm breit, Gaumen flach, Zunge sehr lang und spitz.

47. V . . . t, Auguste, Emilie, Dienstmagd, 33 Jahre. Eltern früh verstorben, schlecht erzogen, geistig beschränkt, verlogen, sittlich entartet schon mit 17 Jahren wegen Diebstahls bestraft, Gewohnheitsdiebin. Viele Strafen in den Strafanstalten, weil frech, lügnerisch, verschmitzt, diebisch, faul. Stets unverbesserlich. 1880 einmal wieder entlassen bestahl sie im Eisenbahncoupé auf der Rückfahrt eine Mitreisende. Zum 5. Male $2^1/_2$ Jahre Zuchthaus (Rückfallsdiebstahl). Nach und nach hier erregter,

Digitized by Google

handgreiflich gegen Mitgefangne, ungebührlich, schimpfte sehr, musste öfter isolirt werden, schlief oft unruhig, machte zeitweis stiere Blicke, glaubte, der Werkführer habe sich in sie verliebt, die Andern gönnten ihr aber denselben nicht. — Hier seit dem 5. October 1884. Anfangs bescheiden, ordentlich, fleissig, bald aber frech, faul, mitunter ohne allen Grund so erregt, dass sie isolirt werden musste, warf Fensterscheiben ein, demolirte Sachen, schimpfte höchst gemein, hatte in der Erregung deutliche Wahnideen, hielt sich für unschuldig verfolgt, sah ihren Geliebten und hörte ihn sprechen, klagte die Wärterinnen schwärzten sie hinter ihren Rücken an, wollten ihr den Geliebten abspenstig machen, enthielten ihr Kisten, die für sie angekommen seien, vor u. s. f. Jetzt seltener Verfolgungsideen; zeitweis, wahrscheinlich durch Täuschungen getrieben, erregt, gemein, mit der Arbeit strikend. Immer unzufrieden, zänkisch, putzsüchtig, eitel, drängend, da sie ja nie krank sei, schwachsinnig, kindisch, sehr empfindlich, verkehrt nur mit Zuchtlinginnen, complottirt aber nicht. Mittelgross, stark. Schädel 53 cm, spitz nach oben, relativ klein, Stirn spitz, oben hoch mit deutlichen Tuber. frontal., ungleich innervirt, Gesicht länglich etwas mongoloid und asymmetrisch. Strabismus int. rechts, Augen nahe aneinander; Nase klein, gerade, spitz, Ohren klein, Zähne defect, Kinn hoch und spitz, asymmetrisch. Etwas Struma.

48. W.....r, Dienstmagd, 30 Jahre alt, hat 3 mal unehelich geboren. Angeblich ohne Erblichkeit, gut befähigt, schlecht erzogen, lebte dissolut: Excesse in Baccho et Venere. Zweimal wegen Diebstahls bestraft. Zuletzt 8 Jahre 1 Monat Zuchthaus (Totschlag und Diebstahl). Hatte ihr eben geborenes Kind in einen Wassergraben geworfen, wo es ertrank. Im Zuchthaus lange Straftabelle (Faulheit, schlechte Arbeit, Ungehorsam, Zänkerei etc.). 5 Monate nach der Aufnahme, eigenthümlicher Brief. Behauptete darin ihre völlige Unschuld am Tode des Kindes, wollte dieselbe beschwören; wenn sie nochmals ihre Untersuchung zu bestehen und früher das gewusst hätte, was sie jetzt wisse, so hätte sie der sächsische Gerichtshof garnicht in das Zuchthaus gebracht; sie lasse sich ihre Ehre nicht abschneiden etc. Immer deutlicher bildete sich Verfolgungswahn aus, ward verworren, hatte erweiterte Pupillen, Kopfschmerzen, schlechten Schlaf, war scheu, zurückhaltend, erregbar, grob ungezogen, salbte sich mehrmals den Kopf mit Salaröl wegen angeblichen Kopfungeziefers. — Hier seit dem 2. Juni 1888. Im Allgemeinen ruhig, fleissig, scheu, ängstlich, misstrauisch, ohne nachweisbaren Wahn. Hier und da, wenn gereizt, heftige Erregungen mit Gewaltthätigkeit, Demoliren, Schimpfen. Drohte mit Totschlag und suchte mit Andern Ihresgleichen zu complottiren. Neigung Nadeln, Garn, Zwirn an sich zu nehmen, behauptend, es gehöre ihr. So blieb sie auch bis zu ihrer Ueberführung in eine fremde Irrenanstalt am 16. September 1889. Auffallend besonders ihr ethischer Blödsinn; aber auch sonst intellectuell schwach, schlecht orientirt, sich oft widersprechend und in ihren Briefen geradezu verworren. — Mittelgross,

Digitized by Google

sehr kräftig. Mesocephal, relativ kleine Stirn, breites, rohes, sinnliches Gesicht, kolbige Nase.

49. W . . . . r, Ernestine, geschiedne Frau, 43 Jahre alt, Arbeiterin, sehr gering befähigt, aufbrausend, angeblich ohne erbliche Anlage, lebte wahrscheinlich unsolid. Exesse in Baccho et Venere. Wiederholt wegen Vagabondiren und Trunksucht bestraft. (16 polizeiliche Strafen.) Zuletzt Correctionsanstalt (bis zu 2 Jahren Detention), wo sie viele Strafen erlitt. 8 Monate später auffällig, weil sie für sich sprach, sich von Blicken, Mienen Andrer beleidigt fühlte, ängstlich schrie, seufzte, kindisch-alberne Reden führte. Wenige Monate danach (Ende 1875) epileptische Krämpfe (früher nie beobachtet, doch wohl aber fraglich). Zeitweis erregt, lief sie hin und her, zeigte „Liebeswuth", onanirte, war zerstreut oder brütete vor sich hin, stellte die Arbeit ein, verwechselte Personen, schwatzte Unzusammenhängendes. Mit dem grössern Blödsinn nahm auch die Körperschwäche zu, sie verunreinigte sich mit Urin etc. — Hier seit dem 13. Juni 1876. Epilepsie und Verblödung nahmen zu; sonst war sie ruhig, ganz verworren, sehr gedächtnissschwach und schwerfällig in der Sprache. Starb den 4. Januar 1890 im Status epilepticus.

Kleine, wenig entwickelte Person, ohne Degenerationszeichen.

50. W . . .e, verheirathete Wäscherin, 47 Jahre alt. Leidlich begabt, erst Fabrikarbeiterin, dann Näherin. Seit 10 Jahren verheirathet (1 ausser-eheliches Kind), seit 5 Jahren getrennt lebend, seit 1874 Puella publica; lüderlich, wahrscheinlich auch Trinkerin; faul. Climacterium begann schon mit 36 Jahren. Wiederholt bestraft (Diebstahl, Widerstand, Unsittlichkeit) [4 mal Gefängniss und 62 Male Haft]. Zuletzt Zuchthaus $1^1/_4$ Jahr. (Rückfallsdiebstahl.) 2 Monate nach der Aufnahme dort Selbstmordversuch (Schnittwunde am linken Handgelenke), ward auffallend schweigsam, scheu, stumpf; 2 Wochen später aber erregt, biss sich den Verband ab, wollte Wärterin würgen, würgte sich selbst und versuchte sich auch aufzuhängen, schwatzte viel, verstummte aber bald und zeigte sich vorwiegend sehr ängstlich, benommen, onanirte schamlos, verweigerte oft die Nahrung, war unreinlich und zeigte an 2 Tagen hysterische Zwangsbewegungen. Hier seit dem 5. Februar 1889. Fast unverändert stumm, katatonische Starre, blickte oft ängstlich um sich (wahrscheinlich also Sinnestäuschungen), war schmutzig, zerriss Kleider, zog sich nackt aus, ass oft schlecht, lief nur selten erregt hin und her und sprach dann einzelne Worte, schlug auch. Antwortete nie, schien ganz verblödet und benommen. Starb den 17. September 1889 an allgemeiner Tuberculose. Mittelgross, schlecht genährt mit Drüsenpacket rechts unter der Kinnlade. Besondern Degenerationszeichen fehlen.

51. W . . . . . m, Rosine, 56 Jahre, ledig, Fabrikarbeiterin, schwach beanlagt, mangelhaft erzogen, angeblich ohne Heredität; liederlich, besonders in Venere. 1881 Typhus und Lues. Gewohnheitsdiebin und in Strafanstalten lange Straftabellen. Zuletzt 5 Jahre Zuchthaus (Rückfallsdieb-

Digitized by Google

stahl). Ungefähr 2¾ Jahre nach der Aufnahme fing sie an viel für sich zu sprechen, bisweilen aufzulachen, setzte öfter die Arbeit aus, sprach später in fremden Sprachen, kauderwälschte viel durcheinander, erzählte von Geistern, die um sie herum ihr Spiel trieben, sah Gott und den Teufel, ward von Geistern aufgefordert sich ins Gesicht zu schlagen, nicht zu essen, nicht zu arbeiten. Dabei war sie erregt, schimpfte, schlug, war sehr obscön. Keine Remissionen. Den 12. August 1880 zum 1. Male hier. Gesichts-Gehörstäuschungen schwanden schnell, noch einige Aufregungen traten auf, dann Ruhe, daher den 9. October 1880 wieder zurückversetzt. Bald traten aber die früheren Erscheinungen wieder auf, daher den 15. August 1881 zum 2. Male hier recipirt. Sehr herabgekommen, sprach viel für sich, gesticulirte, hatte intensive Gesichts- und Gehörstäuschungen, ward von Geistern verfolgt etc., war widerwillig, sehr heftig, arbeitsscheu, fluchte, schimpfte. Einmal Selbstmordversuch. Jetzt seit Jahren total verblödet, schwatzt vor sich hin, schlägt sich öfters, ist unrein, aber sonst harmlos, gänzlich unzugänglich, giebt nicht eine Antwort. — Klein mager, schwach auf den Beinen, Athetose des linken Vorderarms, der immer angezogen wird. Schädel 51 cm, hypsocephal, fast viereckig; Stirn hoch, sehr gefurcht. Kleine Ohrläppchen, Pupillen fast starr.

B. Vorbestrafte Geisteskranke (resp. in Untersuchung gekommne).

52. Z.....g, Karol., 40 Jahre alt, Dienstmagd, wenig befähigt, gutmüthig, angeblich ohne erbliche Anlage. Wechselnde, unsichre Stellung; lebte ungeregelt, will einmal abortirt haben. Mehrfach, auch zuletzt mit Zuchthaus bestraft (Diebstahl). Aller ethischen Begriffe baar. Anfangs Januar 1887 während der Haft im Landgericht maniakalisch erregt, deshalb zunächst in das Stadtkrankenhaus, wo sie laut sang, zerriss, zerstörte, Alles wegnahm und glaubte dass sie von allen Kranken die geringste Pflege und Nahrung erhalte. In eine Irrenanstalt gebracht, ward sie allmälig ruhiger, aber oft noch unmotivirt heiter, sich beeinträchtigt glaubend, der Spielball ihrer jeweiligen Stimmung. Zeigte das Bild der moral insanity: hielt Alles für erlaubt, was nicht speciell bestraft wird, dabei intellectuell schwach, beides jedenfalls schon seit Geburt. — Hier seit 19. September 1887. Immer ruhig, fleissig, gutmüthig, aber empfindlich; auf eine Meierei versetzt, war sie eine der besten Arbeiterinnen. Ende des Jahres 1889 plötzlich katatonische Verrücktheit, deshalb in die Hauptanstalt zurückversetzt. Hier bekam sie die Influenza und starb daran am 13. Januar 1890. Angeblich ohne besondere Degenerationszeichen, aber angeborne Hüftgelenksluxation links.

53. B . . . r, Emma, 39 Jahre alt, Korbmachers Ehefrau mit 5 Kindern; eine Schwester in Irrenanstalt. Schwach befähigt, meist heiter, ruhig; Sorgen. Angezeigt wegen Incest's mit dem eignen Bruder, das Hauptverfahren von der Strafkammer des Landgerichts aber eingestellt wegen

Digitized by Google

plötzlich auftretender Manie (Nov. 1880); war erregt, schwatzte, lasciv, Erhängungsversuch, demolirte, verkannte Personen etc. Hier seit 27. August 1888 (vorher einige Zeit auf Sonnenstein). Oefter Zelle. Sitzt stumpf, spricht angeblich seit $1^1/_2$ Jahren nicht mehr, schliesst stets die Augen. Spuckt, lacht immer vor sich hin, aber reinlich, sauber, jetzt harmlos. Mittelgross; Schädel 54 cm Umfang, hoch, hydrocephaloid. Ohren schlecht angeheftet. Stirn hoch, ziemlich breit, Zähne fehlen oben ganz. Schiefe, gebogene Nase. Etwas Struma.

54. C . . l, Henriette, 53 Jahre alt, Lohnkellners Ehefrau, hat 5 Kinder. Gering befähigt, gutmüthig, oft verstimmt. Wahrscheinlich war die Mutter in der Schwangerschaft mit ihr geistig gestört. Stets solid. Während der 3. Lactation (5 Jahre vor der Aufnahme) zum 1. Male, in der 5. (vor 1 Jahre) zum 2. Male ganz plötzlich an „Trübsinn mit geistiger Schwäche", Lebensüberdruss erkrankt. Der Anfall ging rasch vorüber, doch blieb Patientin immer in den Zwischenzeiten deprimirt, arbeitete schlecht und vernachlässigte ihre Häuslichkeit. Abends am 14. September 1868 schlug sie ganz plötzlich ihre 5 Kinder mit einem schweren Hammer auf den Kopf, dann sich selbst. 3 Kinder starben daran. Ward den nächsten Morgen im Gartenhause mit einer Kindesleiche und den andern schwerverwundeten Kindern, ganz theilnahmslos vorgefunden. Ohne Motiv; sagte nur, sie habe die Kinder getödtet, weil sie unfolgsam seien. Als offenbare Geisteskranke ward sie von der Staatsanwaltschaft nicht verfolgt. Nach der That schlief sie gut, keine Reue; „kein Wahn oder Sinnestäuschungen". Bei der That menstruirt. Den 4. Januar 1869 hieher gebracht. Hier ruhig, scheu, wortkarg, fleissig, bescheiden, reizbar; immer Kopfweh, desorientirt, ohne jegliches Interesse, systematisirter Wahn, Sinnes-Gefühlstäuschungen. Im Ganzen so geblieben. Verworren, schwachsinnig, weiss nichts von dem Morde, die 3 Kinder starben an Krämpfen. Spricht Nachts für sich, hat offenbar Täuschungen, verschwommene Wahnideen. Mittelgross, kräftig, Schädel 54 cm Umfang, gross und hoch, desgleichen die Stirn. Blödlächelndes Gesicht. Grosses Struma.

55. Cr . . . . . d, Christiane, 41 Jahre alt, ledig, Posamentirerin, hat 1 Kind. Mässig beanlagt, heiter, leichtlebig, anscheinend ohne Erblichkeit, kümmerlich lebend; viel Excesse in Venere, verlor früh die Eltern. Seit Juni 1889 anscheinend ziemlich plötzlich erkrankt, hält sich für verlobt, stahl aus einer Bude Mehreres, schliesslich dabei ertappt, trägt sie die Sachen dem Besitzer zurück. Bei Beginn der Krankheit wiederholt sich herumgetrieben, wahrscheinlich auch getrunken. Im Gefängnisse abnormes Wesen, deshalb ins Krankenhaus, wo Dem. paralyt. immer deutlicher hervortrat. Hier seit 22. August 1889. Anfangs hochgradig erregt, kolossale Grössenideen, zerriss, schmierte, schwatzte etc. Deutliche körperliche Symptome der Paralyse. Allmälig Ruhe, Klarheit. Ohne Wahn, ohne Täuschungen, mit Krankheits-Einsicht, aber kritiklos, drängend, wechselnd in der Stimmung, leicht weinerlich, Pupillendifferenz, bei Erregung leichtes

Digitized by Google

Hăsitiren und fribilläres Gesichtszucken; Neigung zu kleinen Diebereien und zu Lügen. Starb 1892; paralytischer Hirnbefund, mehrere paralytische Anfälle. — Klein, schwächlich, Schädel 54 cm, hydrocephaloid, oben sehr flach, hinten sehr breit; stark vortretende Tubera des Stirn- und Scheitelbeins. Stirn sehr breit, Ohren abstehend, Augen weit auseinander, rechte Pupille enger, als die linke, schlechte Reaction. Asymmetrisches, kleines schmales Gesicht, Prognathie, schlechte Zähne, oben riesige innre Schneidezähne (nur einer noch da). —

56. D.....r, Martha, 32 Jahre, Dienstmädchen, dann Comptoiristin, wahrscheinlich gut befähigt. Mutter und 2 Tanten angeblich geisteskrank gewesen. 1876 Lues. 1877 und 78 und 80 bestraft wegen gewerbsmässiger Unzucht, Landstreichens, Arbeitsscheu und Diebstahls, 1876 angeblich zum 1. Male psychisch erkrankt; vom 24. Dezember 1883 bis 1. Juni 1884 im Erlanger Irrenhause; den 20. October 1885 plötzliche Manie, daher ins Irrenhaus zu München. Schimpfte, lärmte, schmierte, zerstörte; gelegentlich Grössenideen. Von dort über die Heimath nach hier den 15. März 1886 und den 1. April 1887 als geheilt entlassen aber wegen neuen Anfalls von Manie zum 2. Male am 17. März 1888 hier. Fast ohne Unterbrechung noch erregt, schmiert, brüllt etc., aber nicht bösartig. Mittelgrosse, kräftige Person, mesocephal, starke Stirnhöcker, hohe asymmetrische Stirn, starker Hals. Starb 1892 schwindsüchtig.

57. D....e, Sophie, 50 Jahre alt, seit 2. September 1851 hier. Idiotin. Erschlug mit $11^1/_2$ Jahren ein einjähriges Kind in der Wiege mit der Feuerzange. „Es habe geschrieen", sagte sie später. Soll nach der That der Mutter aufgeregt erschienen sein, bei dem Begräbniss des Kindes aber war sie ganz gleichgültig. Bei der Gerichtsverhandlung sah sie stier vor sich hin, mit offnem Munde, ohne Antwort zu geben. Die Untersuchung aufgehoben. Lernte spät erst deutlich reden, nie die Buchstaben; nicht boshaft, spielte gern mit andern Kindern. Auf der Kinderstation hier einige Fortschritte. Meist gutmüthig, heiter, lernte einige Silben sprechen und kleine Geschäfte verrichten. Seit einigen Jahren auf einer Meierei, hilft etwas mit, lächelt und sagt zu Allem ja. — Mittelgross; Schädel etwas hoch, doch relativ klein (51 cm). Gesicht etwas mongoloid, Nasenwurzel eingezogen, etwas Strabismus, schlechte Zähne, flacher Gaumen, Schnurrbart. Die 4. Fusszehe beiderseits um ein Glied zu kurz.

58. D...n, 43 Jahre, Handarbeiterin. Angeblich mit 17—18 Jahren nur einige Male menstruirt, später nur Fluor albus. Nach Aussage der Geschwister von klein auf nur mässig beanlagt, streitsüchtig, aufbrausend, zänkisch, habgierig, niederträchtig, grob, mürrisch, verschwenderisch. Diente erst, war später bei dem Vater, mit dem sie sich immer zankte, trotzdem er stets freundlich war. Soll auch früher mit Männern geschlechtlich verkehrt haben, auch einmal syphilitisch gewesen sein. Ward allmälig immer unausstehlicher, galt allgemein als geistig abnorm. In den letzten Wochen war sie ganz menschenscheu, vernachlässigte die Wirth-

Digitized by Google

schaft, war schmutzig und faul. Am 7. August 1889 erschlug sie ihren Vater mit einer Spitzhacke, weil er sie wegen unnützen Kaufes von Gänsen zur Rede gesetzt hatte. Nach dem Morde fütterte sie ruhig die Gänse, meldete dem Onkel, der Vater sei todt; als er nicht sterben wollte, habe sie ihn vollends todtgeschlagen, sterben musste er einmal, so konnte es nicht weiter gehen; wenn sie eingesteckt würde, wäre es ihr gleich. Als der Onkel in die Stube trat, ass sie Gurken. Keine Spur von Reue, auch nicht bei der Leichenschau. Sie erkannte „diesen Mann", erzählte ruhig die Sache. „Was ist denn weiter dabei?" Die Untersuchung ward eingestellt. Zwischen ihrer Wäsche fand man das Sparkassenbuch und das Portemonnaie des Vaters versteckt. — Hier seit dem 21. September 1889. Sehr fleissig, ruhig, etwas hitzig, schlägt leicht zu, gutmüthig, nicht zänkisch, reinlich, spricht viel für sich. Intellectuell und ethisch blöd. — Mittelgross, mässig kräftig. Schädel etwas hydrocephaloid (54 cm), oben sattelförmig. Gesicht breit, asymmetrisch. Stirn breit, niedrig; tic convulsif. Ohren relativ klein und etwas abstehend. Mässige Prognathie. Bart. Gesprenkelte Iris, Zähne unten unregelmässig.

59. E.....dt, Aug., 50 Jahre, lebte beim Vater. Von früh an epileptisch, wenig befähigt, lernte früh laufen, aber erst im 4. Jahre einige Worte sprechen. Mutter starb angeblich geistig beschränkt, die übrigen Geschwister jedoch gesund. Häufig auffahrend, widerspenstig, zeigte schon als Kind Neigung zu Diebereien, Näschereien, deshalb 3 Jahre lang in einer Besserungsanstalt, als unpassend dort entlassen. Ass was sie fand, selbst Ungeniessbares, sexuell sehr erregt. Auf dem Kirchhofe genothzüchtigt, um sie von Krämpfen zu befreien, gebar sie einen Knaben, der bald starb. Menses erst mit 17 Jahren und ganz unregelmässig. Krämpfe angeblich in der letzten Zeit, wenn Menses. Ganz verblödet, stahl, sammelte etc. Hier seit 7. August 1866. Stets ruhig, reinlich, für sich, macht nichts; Anfälle stets bei Menstruation. — Klein: Schädel hydrocephaloid (53,5 cm) und hoch, Stirn niedrig; Strabismus convergens, gefleckte Iris, Gesicht etwas breit, asymmetrisch, Ohrläppchen schlecht angeheftet, Gaumendach flach, die innern obern Schneidezähne fehlen ganz. Stammelnde Sprache, schwankender Gang, Mundzuckungen beim Sprechen. Hals stark.

60. F.....n, Aug., 33 Jahre, Fabrikarbeiterin, nach Aussage des Vaters „immer schwach im Kopfe", schlecht erzogen, gutmüthig, angeblich ohne erbliche Anlage, Neigung zu sexuellen Excessen. Ehelicher Zwist. Vater und Tochter prügelten die Mutter, die sich oft betrank. Hatte Masern, Scharlach, Typhus, nach letzterem noch auffälliger geistesschwach. Mit dem 17. Jahre Kopfverletzung in der Fabrik. In den letzten 2 Jahren zog sie mit dem Vater musizirend umher und trank viel Bier. Den 22. Juni 1877 wird sie sistirt, wegen angeblicher Blutschande. Seit der Jugend schlief sie — auch auf den Reisen — immer mit dem Vater zusammen. Da aber stattgehabter Coitus nicht zu beweisen war, Pat. ferner in der Untersuchungshaft vom Bezirksarzte für geisteskrank erklärt ward,

Digitized by Google

wurde die Untersuchung niedergeschlagen. Mitte Juli 1879 plötzlicher Ausbruch von Manie, deshalb nach Sonnenstein gebracht, we sie zwar sich mehr beruhigte, aber doch explosiv blieb, confus, pöbelhaft und in den letzten Monaten rasch vorübergehende Schwindelanfälle. Seit dem 17. December 1880 von da hieher gebracht. Früher sehr heftig, oft in der Zelle, jetzt seit langem verblödet, spricht nur einige Worte, ist unreinlich, zieht sich nicht selbst an. Keine Menses. Lacht bisweilen. — Klein, kräftig. Dolichocephal; Pupillen ziemlich starr, Gesicht breit, asymmetrisch, linkes Ohr verbildet; Prognathie. Zähne oben klein, geknöpft, gezähnt, unten ganz abgeschliffen. Wulstige Lippen. Rechts Struma.

61. F . . sch, 30 Jahre alt, Magd, schlecht erzogen, schwachsinnig, epileptisch, meist gutmüthig. Vielfach wegen Vagirens, Diebstahls, Legitimationsfälschung, Hurerei bestraft. Ungünstige Lage. Seit Mitte des Jahres 1892 Verfolgungswahn; zu Zeiten der Anfälle sehr erregt und gewaltthätig. Hier seit 29. September 1882. Tief verblödet, unbändig, oft in der Zelle, brüllt, schlägt, zerreisst, beisst etc. Viel Anfälle. — Klein, kräftig, Hydrocephalus (54,5 cm) oben Schädel flach, die Tubera pariet. et front. sehr ausgeprägt, Stirn relativ hoch, breit, Gesicht aber klein. Ohrläppchen dünn, schmal, schlecht angeheftet; Trousseau'sche Nase, Zähne schlecht, Zäpfchen ganz klein, in der Mitte des harten Gaumens ein Wulst. Alte Narben über der linken Schläfe und linken Augenbraue (vom Hinfallen).

62. H.....g, Joh. Luise, Putzmacherin, 37 Jahre alt. Wenig von ihr bekannt. Viel bestraft wegen Betrug, Zechprellerei, wahrscheinlich auch sexuell excedirt; 1 mal geboren. Wahrscheinlich schon lange psychisch krank und zeigte sich in der letzten Untersuchungshaft ganz manisch. Deshalb hier den 7. Februar 1881 eingeliefert, war da bereits secundär schwachsinnig, verblödet, verworren, mit Grössenideen (Schauspielerin, Sängerin, reich, verheirathet) heftig und schimpfte. Jetzt schon lange ruhig, fleissig, spricht wenig und dann verworren, lacht viel, ist fleissig. — Klein, dürftig, Kopf viereckig, Umfang 51,5, hypsocephal. Asymmetrie des Gesichts.

63. H . . . r, Fried. Aug., Näherin, Försterstochter, ledig, 48 Jahre alt, streng erzogen, angeblich ohne erbliche Anlage, heftig, reizbar, offenbar schwach beanlagt. Diente erst. Seit 1868 psychisch alterirt; 2 mal deshalb im Krankenhause (Paranoia); trieb sich ruhelos umher, wahrscheinlich auf Grund von Verfolgungsideen, blieb stets solid, wurde aber wiederholt wegen Vagirens arretirt. Den 14. November 1872 versuchsweise in die Correctionsanstalt gebracht, zeigte sie hier bald deutlichen Verfolgungswahn: ihre Stiefmutter habe sie verstossen, die Behörde unschuldig verfolgt, ward erregt, schimpfte, hatte wahrscheinlich Sinnestäuschungen, entfloh den 15. Februar 1873 zur Stiefmutter, blieb aber nicht lange hier, kam in eine Beschäftigungsanstalt, entwich wieder und kam den 17. Februar 1875 in die hiesige Irrenanstalt. Hier entwickelte sich wieder der Verfolgungswahn sehr deutlich, mit Sinnestäuschungen (auch des Geschmacks) mit zeitweisen

Digitized by Google

Remissionen und Erregungen. Seit Jahren ruhig, fleissig, stets für sich wortkarg, schwachsinnig, hat vielleicht jetzt noch Hallucinationen. — Gross kräftig, Schädel gross, Stirn breit, hoch. Ohren relativ zu klein, Ohrläppchen schlecht gebildet, Schneidezähne unten schief.

64. K.....n, Aug., 66 Jahre, sehr gering befähigt, besuchte unregelmässig die Schule, lernte wenig, von jeher reizbar. Eltern lebten in wilder Ehe, kümmerten sich wahrscheinlich wenig um die Erziehung. Angeblich ohne erbliche Anlage. Verführt von andern Mädchen, ging sie mit 15 Jahren in ein Bordell, „der schönen Kleider wegen". Bis 188 Puella publica. Wiederholt Lues, einmal Typhus. Excesse auch im Trinken. 65 mal polizeilich und 12 mal criminell bestraft, darunter oft wegen Widerstands gegen die Staatsgewalt und Beamtenbeleidigung und Hurerei. Von 1881 bis Anfang 1888 in einem städtischen Arbeitshause; nur 178 Tage frei gewesen, während der sie 9 mal polizeilich und 2 mal criminell bestraft ward! Im Arbeitshause gleich anfangs sehr reizbar, schimpfte gemein, manchmal Radau ohne Motiv 57 Disciplinarstrafen hier! Ins Krankenhaus zur Beobachtung gebracht erst maasslos heftig, später ruhig, aber immer reizbar. Grosser Schwachsinn, Gedächtnissdefect, Kritiklosigkeit, Unverständlichkeit der Moral. Wahrscheinlich auch Wahnideen (das Arbeitshaus habe sie körperlich und geistig ruinirt). — Hier seit dem 20. März 1888 sehr oft reizbar und dann sehr heftig, eine echte Verbrechernatur, sonst ruhig, fleissig, stets allein, höchst imbecill, Sinnestäuschungen, ohne Spur von Reue. Anfang dieses Jahres Haemoptoë; stark tuberculös, kann seitdem nicht arbeiten, bettlägerig. — Mittelgross; Schädel nicht abnorm, Gesicht imbecill, wird beim Sprechen fleckartigroth und die Ohren ganz roth. Zunge weicht nach rechts, Zähne mit Flächen theilweis gegen einander gekehrt.

65. H.....n, Wilh., Näherin, 24 Jahre, mittelmässig beanlagt, streng erzogen, gutmüthig, stets sehr aufgeregt, ohne erbliche Belastung. Viel herumgetrieben und arbeitsscheu, seit 1881 epileptisch, 5 Jahre später mit psychischen Symptomen des Verfolgungswahns und Erregtheit; beging in geistiger Unfreiheit Betrug, ward aber nicht bestraft. Hier seit dem 31. August 1887. Anfälle verschieden häufig mit sich anschliessender Verworrenheit, Erregtheit etc. Jetzt Erregtheit seltener, Schwachsinn, Verworrenheit vorwiegend, viele Anfälle, Tags und Nachts (petit und grand mal). Meist artig, fleissig. Den 20. Mai 1889 einmal entwichen, aber gleich eingeholt. — Gross und stark. Besondere Entartungserscheinungen fehlen.

66. J...s, 52 Jahre, Arbeiterin, gebar einmal. Wahrscheinlich von Jugend auf sehr beschränkt und schlecht erzogen. Vater Potator, kümmerte sich nicht um die Familie; der einzige Bruder Säufer, Vagabund und Sträfling. Sie selbst sehr heftig, misshandelte die Mutter; arbeitsscheu, Potatrix, erhielt sich durch Betteln und Stehlen, daher oft bestraft. Seit langem blödsinnig, zuletzt gewaltthätig, schmierte, zerriss etc. Hier seit 17. März 1885. Meist harmlos schwatzend, oft sehr laut, deshalb öfter früher in

Digitized by Google

der Zelle. Reinlich, zieht sich schlecht an, macht nichts. Ganz blöde. Mittelgross, hypsocephal, ohne besondre Entartungszeichen. Links Leukom.

67. K . . . m, Christ. Soph., ist ein uneheliches Kind, 68 Jahre, verheirathet, diente erst. Melancholisch und Taedium vitae wahrscheinlich schon im 20. Jahre. Heirathete mit 23 Jahren; schon als Braut fiel sie durch ängstliches Benehmen auf. Glückliche Ehe, 7 mal geboren, liebte sehr die Kinder, war immer fleissig, brachte aber nie etwas fertig. 1850 Verfolgungswahn: Die Sonne verfolge sie, die Leute spuckten vor ihr aus. Es ward immer schlimmer. Ward unruhiger, scheuer, ungeselliger. Am 26. Mai 1861 tödtete sie ihr jüngstes Kind in der Wiege mit spitzem Messer (rechte Lunge angestochen, Leber zweimal angeschnitten). Es sei ihr Wille gewesen, dass das Kind sterbe; sie habe es gut gehabt, aber sie habe die Ordnung im Hause nicht mehr erhalten können, deshalb wolle sie gern sterben; sie hoffe nun hingerichtet zu werden. Sie streichelte das todte Kind und sagte: „Du gutes Kind, Dich hat Gott durch einen Lichtstrahl weggenommen". „Ich habe ihn schon laufen sehen unter den Engeln", und dabei sah sie verklärt aus. Strafantrag nicht einmal gestellt. Irrenanstalt; bald entlassen, musste sie wieder dahin, weil sie die Wirthschaft und die Kinder vernachlässigte, letztere misshandelte. Diesmal Närrin, heiter, sexuell erregt, zänkisch, frech, widersprechend. Allmälig ruhiger, aber kindisch, schwachsinnig, launisch, kokett und den 5. Juni 1866 hieher gebracht. Früher manchmal heftig, zuletzt aber harmlos verworren, reinlich, sang öfters, schimpfte. Den 28. Mai 1889 als ungeheilt, aber ungefährlich entlassen. Ob Degenerationszeichen vorlagen, ist nicht mehr festzustellen.

68. K . . . s, 65 Jahre, war Dienstmädchen. Mutter sehr beschränkt, ein Bruder verwachsen, blödsinnig, sie selbst gut beanlagt, solid, wechselte oft im Dienste. Klein, hüfrig, skoliotisch, als Kind Kopfgrind, dadurch alle Haare verloren. Offenbar schon lange psychisch erkrankt. Liebeswahn: glaubte, ein Prinz habe mit ihr ein Verhältniss, drang in ein Palais ein, vagirte; aufgegriffen und als geisteskrank erkannt, erst auf Sonnenstein, dann seit dem 3. August 1863 hier. Früher verworren, sprach laut zum Fenster hinaus, jetzt spricht sie fast gar nicht, ist stumpf, aber reinlich. — Klein, mager, Kopf fast kahl, relativ gross, oxycephal. Ohrläppchen klein. Hinterhaupt steil abfallend. Atherom. Gesichts-Asymmetrie. Irisflecken; verschieden gestaltete Ohren und gross.

69. L . . g, Ernest. Paul., 54 Jahre, verheirathet, Handarbeiterin, hat 7 Kinder. Ohne erbliche Anlage. Früher Pocken, daher rechtes Auge verloren. Sorgen, Anstrengungen. Oft bestraft (Diebstahl, Betrug). Delicte möglicherweise durch Psychose bedingt, da Pat. schon wahrscheinlich seit langem irr ist. Mitte des Jahres 1887 aber deutliche Aufregung, glaubte bestohlen zu werden, hielt sich für beeinträchtigt, legte im Armenhause Feuer an und verleitete eine Andre dazu, zerschlug, zerriss, war unerträglich; verweigerte seit einiger Zeit das Essen, besonders gekochtes,

Digitized by Google

weil Haare und andre Unreinlichkeiten drin wären. Den 28. December 1887 hieher gebracht. Wahnideen allmälig seltner, ward zugänglich, half mit. Hetzt, querulirt, schimpft oft gemein, bisweilen erregt, schlägt Fensterscheiben ein, hält sich für unschuldig gefangen, verfolgt, hat nie etwas begangen. Grosse Dialektik, gutes Gedächtniss. Unverträgliches Element. Anklänge an moral insanity, simulirt gern Rheumatismen. — Mittelgross, kräftig. Riesiger Kopf, Schädel 58 cm, nicht hydrocephal, relativ niedrige Stirn, ganz defecte Zähne.

70. L . . . . . n, Wilh., 43 Jahre, Handarbeiterin, hat 3 Kinder, ledig. Wenig von ihr bekannt. Scheint ziemlich solid gelebt zu haben, Noth und Elend gehabt. Zweimal bestraft (Diebstahl). Seit langem hysterische Krämpfe, besonders zur Zeit der Menses, deprimirt und Taedium vitae (versuchte sich zu würgen, den Hals zu durchschneiden), verblödete allmälig. Hier seit dem 2. Februar 1882. Oft laut, verworren, tief blöde, nie hysterische Krämpfe. Starb den 19. October 1889 an Entkräftung. Ob Degenerationszeichen vorlagen, nicht mehr zu eruiren. Gehirnbefund fast paralytisch.

71. H . . . e, Aug. Wilh., 40 Jahre, verheirathet, ohne Kinder. Soll gut gelernt haben. Keine erbliche Belastung. Gewohnheitsdiebin, sehr oft bestraft, hatte auch Dienstbuch gefälscht. In Gefängnissen sich gut benommen. Bis zu ihrer Verheirathung im Jahre 1881 Puella publica. Ende der 70er Jahre wiederholt wegen Lues behandelt. Seit Frühjahr 1888 Wesen geändert; ward sehr vergesslich, nachlässig in der Arbeit, sammelsüchtig, lief planlos hin und her. Am 18. Mai 1888 ins Krankenhaus: schwache Grössenideen, war theilnahmlos, unrein, langsame, unsichre Sprache, fibrilläre Zuckungen, Analgesie am ganzen Körper, starre Pupillen, lebhafte Patellarreflexe. Später Aufregungszustände; den 3. Oct. 1889 hieher gebracht. Verworren, ganz schwachsinnig, ruhig, schwatzt vor sich hin, spinnt mit den Händen, giebt selten richtige Antworten. Vage Grössenideen. Auch ausgeprägte körperliche Symptome der Paralyse noch da. Mittelgross, kräftig. Hypso-scaphocephal. Zähne unten schief gestellt. Gesicht etwas breit, asymmetrisch; mässige Prognathie; breiter brauner Innenring der grauen Iris.

72. L . . . . . r, Christ. Fried., 58 Jahre, diente erst, schon mit 18 Jahren Vagabundin und luetisch, war 11 Jahre lang wegen unsittlichen, arbeitsscheuen Wandels in Gefängnissen und Correctionsanstalten gewesen und hier oft bestraft. Unverbesserlich, ziemlich beschränkt, an sich nicht bös, grenzenlos faul, leichtsinnig. Die ersten Anfänge des lasterhaften Lebens reichen bis in die Kindheit. Jedenfalls schon sehr lange psychisch krank (schon im 22. Jahre suspect), thierisch genusssüchtig, abwechselnd roh, widersetzlich, geschwätzig. Seit 2. April 1870 — 3. Juli 1876 hier, dann in ein Irren-Siechenhaus und von dort den 26. September 1889 wieder zurück. Jetzt ganz desorientirt, blöde, gutmüthig, geschwätzig, stark essend, seit 15 Jahren blind, zupft Charpie. — Mittelgross. Schädel 52 cm

Digitized by Google

im Umfange, etwas hoch. Gesicht mongoloid, breite Glabella. Grosse Ohrmuscheln, kleine Ohrläppchen, kleiner Unterkiefer. Seit 15 Jahren blind, Bulbi atrophisch.

73. L . . . . e, Marie Luise, Näherin, 40 Jahre, hat 2 mal geboren. Sehr arm, verkommen, angeblich ohne Belastung, wiederholt wegen Vagabondirens, Hurerei etc. bestraft. Wahrscheinlich schon seit längerer Zeit psychisch erkrankt. 1885 Sinnestäuschungen, Verfolgungswahn, Depression, „acute hallucinatorische Verwirrtheit". Den 9. März 1886 auf Sonnenstein, verblödete rasch, hatte aber noch lebhaften Sinneswahn, oft mit viel Angst. Hier seit 12. Mai 1886. Sehr blöde, lacht viel, spricht ungern, hat schlechtes Gedächtniss, stets für sich, bisweilen bösartig. — Mittelgross, Schädelumfang 54 cm; Kopf gross, Stirn relativ hoch, mit Narben, stark gewölbt. Zähne defect, unten nicht gleich hoch alle.

74. M . . . . r, 26 Jahre, wenig befähigt, leicht erregt, sehr bewegtes Leben. Mutter geisteskrank. Bestraft wegen Vagabondiren, Diebstahls, war auch in einem Bordelle. Seit Jahren blödsinnig und in einem Bezirksarbeitshause. Hier seit 13. December 1887, war meist stumpf, reinlich, faul, harmlos, nie gewaltthätig. Deshalb den 22. Februar 1889 als ungefährlich entlassen. Gesichts-Asymmetrie. Kleine Person.

75. M . . . . . r, Aug. Hel., 23 Jahre alte Bauerntochter, Dienstmagd, mittelmässig beanlagt, abnorm spät menstruirt, ziemlich heiter, ohne erbliche Belastung, in günstiger Lage, aber von Vater und Stiefmutter schlecht behandelt. Mit 16 Jahren stuhlhoch auf eine Lehmtenne gefallen, $^1/_2$ Stunde lang bewusstlos. 1883 brannte sie die Gebäude ihres Dienstherrn an, ward als psychisch erkrankt erkannt und freigesprochen; schon im Frühjahre 1883 die ersten Spuren einer agitirten Melancholie. Besserung, diente wieder. Ende 1885 neuer Anfall. Maniakalisch erregt mit sexuellem Anstrich. Hier seit 13. Juli 1887. Chronische Manie mit einzelnen schweren Ausbrüchen, jetzt viel seltner; gutmüthig, oft sehr fleissig, schwatzt untereinander, beantwortet keine Frage richtig. — Mittelgross, sehr kräftig, Schädel etwas hoch, spitz, Stirn do. Starker Hals, relativ kleine Ohren, etwas asymmetrisches und mongoloides Gesicht, wulstige Lippen.

76. M . . . . . r, Anna Em., 42 Jahre, diente. Dürftig beanlagt, wechselte viel mit dem Dienste, angeblich stets eigensinnig, wie auch die Mutter. Uneheliche Schwängerung (1876) scheint auf Psyche schlecht eingewirkt zu haben, brachte die Frucht bei Seite, aber nicht bestraft, wahrscheinlich in Folge der Geistesanomalie (Paranoia, Verfolgungswahn). 2 Jahre auf Sonnenstein; entlassen (gebessert) zu Hause perverses Treiben (Zechprellereien, Vagiren etc.), glaubte sich vernachlässigt, verfolgt u. s. f. Hier seit 30. Juni 1883. Neben Verfolgungsideen auch Grössenwahn. Entfloh einmal. Verblödete immer mehr; ward ganz verworren; Sinnestäuschungen bestehen noch. Sehr reizbar, schlägt leicht zu, dickköpfig, fleissig. Klein, mesocephal (53 cm) hoch, Stirn spitzig, schmal, hoch. Gesicht asymmetrisch. Zähne unten vorn auseinanderstehend.

Digitized by Google

77. R.....g, Christ., 57 Jahre, verheirathet, 8 Kinder (aber 14 mal geboren). Begabt, gut erzogen, gutmüthig, diente früher. Eine Schwester angeblich mehrere Jahre geisteskrank. Zankte sich mit dem Manne, handelte, hielt oft an verbotenen Orten oder ohne Erlaubniss feil, deshalb wiederholt polizeilich bestraft, ward dadurch erbitterter, jähzorniger, querulirte, machte verworrene Eingaben an den König, an die Behörden. Schon seit 1874—75 psychisch krank, deutlicher aber erst 1877. Hier seit 12. Februar 1879. Auch hier skandalsüchtig, gewaltthätig, erregt und ganz verworren, faul. Massenhafte Sinnestäuschungen. Starb den 1. Mai 1889 an Phthise. Ob Degenerationszeichen vorlagen, ist nicht mehr zu eruiren.

78. Sch.....l, Ernestine, 50 Jahre, Wirkerin, hat einmal geboren. Körperlich und geistig sehr dürftig, konnte nur zur Noth confirmirt werden. moralisch verwahrlost, schlecht erzogen, leichtsinnig, lügnerisch, ausschweifend. Erbliche Belastung fraglich, angeblich Nervenfieber. Vagirte, stahl, deshalb bestraft. Vielleicht schon in Strafanstalt krank. Kurze Zeit nach Entlassung Manie, deshalb 1866 auf Sonnenstein. Hier seit 2. Juli 1867. Anfangs erregt, zerriss viel, war öfter in der Zelle, jetzt seit langem fleissig, willig, gutmüthig, nicht zänkisch, mehr für sich, ganz schwachsinnig, desorientirt, glaubt 7 oder 9 Jahre alt zu sein. — Klein; hypso-mesocephal, Stirn breit, hoch, viel gefurcht; Jochbeine etwas vorstehend. Zähne nicht ganz regelmässig. Irisflecke.

79. S....dt, Anna Amalie, 43 Jahre, verheirathet, hatte 1 Kind, gut beanlagt, lebhaft, leicht empfindlich, ohne erbliche Anlage. Typhus, unglückliche Ehe, Sorgen. Lebte solid. Mitte 1883 in einem Parke, angeblich unschuldig verhaftet, widersetzte sie sich und beleidigte in der Gerichtshandlung den Staatsanwalt, weshalb sie mehrere Monate Gefängniss erhielt. Im Verlaufe der Haft ward sie so manisch erregt, dass sie bald daraus entlassen werden musste. Im Krankenhause Paranoia: erregt, gewaltthätig, wird mit Elektricität bearbeitet, das Knochenmark ihr ausgesogen etc. Hier seit 19. Januar 1884. Lange wie früher. Jetzt seit Jahren ruhig, aber reizbar, schwatzhaft, ganz verworren, blöde, fleissig. Mittelgross, hoher Schädel und Stirn, Umfang 57 cm. Zähne unten unregelmässig und schief gestellt. Irisflecke. Bruch.

80. Sch.....r, Ernestine, Paul., 25 Jahre, Dienstmagd, hat 1 Kind. Lernte sehr wenig, verwahrlost. Vater bösartig. Vagabundirte, deshalb oft bestraft; Hure. Seit Jahren epileptisch. Ende 1889 hochschwanger und erregt, suchte sie die Frucht abzutreiben, kurz nach der Geburt schlug sie mit einem Blechtopf auf das Kind, verlangte ein Messer, um es zu tödten „es sei der Teufel". Sie ward gleich als geisteskrank erkannt. Hier seit 10. Januar 1890. Selten Krämpfe, danach ganz verworren erregt, bisweilen ängstlich, sehr fleissig, ruhig, verträglich, schwachsinnig, mit schlechtem Gedächtnisse. — Untermittel, untersetzt, Schädel hydrocephaloid, Stirn breit, ziemlich hoch. Doppelseitiges Coloboma iridis nach unten. Zähne z. T. schief gestellt.

Digitized by Google

81. Sch . . . . . r, Am. Ernest., Dienstmagd, 38 Jahre, hat zweimal geboren. Angeblich normal begabt, stets widerwillig, wenig gesellig. Grossvater, Vater und dessen Bruder geisteskrank. War nie lange im Dienste, später sexuelle Excesse, nach und nach Vagabundin, bei welcher unzählige Strafen nutzlos waren. Lues, angeblich auch Rheumatismen. Nach Angabe der Mutter begann das liederliche Leben erst im 20. Jahre, doch wäre sie schon als Kind nicht so gewesen, wie Andre. Psychose begann allmälig. Wann? Zuletzt Bezirksanstalt. Dement, verbigerirte, wenig leistungsfähig, Neigung zu stehlen, besonders Esswaren, zu entweichen, abnorm lange zu schlafen. Hier seit 11. November 1881. Hier fast stets erregt, oft gewaltthätig (daher Zelle), verblödet, zerreisst, schmutzt, lacht öfter laut auf. Klein, kräftig. Relativ grosser Schädel, hydrocephaloid, oben flach, Gesicht relativ klein, Zähne sehr defect. Pupillen ziemlich starr.

82. Sch . . . e, Clara Hedw., Näherin, 36½ Jahre. Lernte leicht; gut, lügnerisch. Bruder und Mutter epileptisch. Vagabundirte früh; deshalb oft gestraft, lebte angeblich von Prostitution, Betteln und Stehlen. Potatrix. 14 mal polizeilich bestraft. Erschien 1870 in Polizeihaft manisch erregt, deshalb erst Krankenhaus, dann Sonnenstein (zweimal), wo besonders heftiger Geschlechtstrieb sich zeigte. Hier seit 27. April 1877: ruhig, schwachsinnig, freundlich, fleissig, ordentlich, verworren, hielt sich für die Königin. Früher noch Täuschungen, verkannte die Personen und schlug los. Ohne Degenerationszeichen. Den 30. November 1889 als harmlos ungeheilt entlassen.

83. Sch . . . . t, Joh., 70 Jahre, verheirathet, Auszüglerin. 9 Kinder. Gut befähigt, etwas hartköpfig, gutmüthig, ohne erbliche Belastung. 1848 Typhus mit folgender Tobsucht, seit der Zeit nicht mehr geistig intact, vernachlässigte die Wirthschaft. 1850, im 8. Schwangerschaftsmonat (4. Schwangerschaft) fiel sie in der Scheune 5—6 Ellen hoch herab aaf einen Kinderwagen, war bewusstlos und danach mehrwöchentliche Manie. 1868 brannte angeblich Haus und Hof ab; der Verdacht fiel auf sie und ihren Mann; sass 13 Wochen in Untersuchungshaft, ward aber freigesprochen. Damals erschien sie psychisch zweifelhaft, explorirt, aber für gesund befunden. Gleich nach der Entlassung Tobsucht mit baldigem Schwachsinn. Seit 1. Juli 1870 hier. Früher periodisch erregt, oft Zelle, jetzt schon lange harmlos, ganz verblödet, macht nichts, bisweilen unrein. Mittelgross. Schädel lang, hoch, 56 cm im Umfange, seitlich zusammengedrückt; riesig dichter Haarwuchs. Prognathie. Links Staar; Flügelohr, schlecht angeheftet.

84. S . . . . . t, Caroline Fried., 76 Jahre alt, hat 8 mal geboren, genoss wenig Schule. Stiefvater sehr streng, daher verhasst. Heftig. Ohne Erblichkeit. Anstrengungen, Sorgen. Solides Leben. Haematemesis, Gelenkrheumatismus, Gelbsucht. 1861 während zweier Jahre hindurch Epilepsie, seitdem gereizt, fühlte sich leicht beleidigt. Allmälig Stimmungswechsel, Verfolgungs-Grössenwahn, Sinnestäuschungen. Mit Remissionen. Zustand

Digitized by Google

wird schlimmer, stritt sich mit den Nachbarn; eine Bestrafung wegen Ehrenbeleidigung verbitterte sie noch mehr. Hier seit 27. December 1865. Auch hier Verfolgungswahn, Sinnestäuschungen, Zank, bisweilen gewaltthätig. Allmälige Verblödung, vager Wahn, nicht mehr gewaltthätig, spricht, zankt für sich. Hat bis jetzt immer hier Krämpfe gehabt. Fleissig. Gross, ziemlich kräftig. Schädel 54 cm im Umfang, mesocephal, flach viereckig, Pupillen eng, starr; Irisflecke; etwas Schnurrbart. Zähne unten vorn in gerader Linie stehend. Ohren gross, spitzig. Nase kolbig. Etwas Struma.

85. S . . b, Fried., Wittwe, 59 Jahre, 7 Kinder, mittelmässig beanlagt, schwer belastet: Mutter Jahre lang melancholisch, einer ihrer Brüder periodisch geisteskrank, ein zweiter als Mikrocephal blödsinnig gestorben und eine ihrer Schwestern in neuerer Zeit melancholisch. 1866 Pocken, später mittelschwerer Typhus. Erdrosselte den 13. Juli 1883 ihren Mann während des Schlafes, machte sich in der Untersuchungshaft psychisch sehr verdächtig. Die Untersuchung zeigte, dass sie seit langem melancholisch ist und Angstzustände hat. Im Krankenhause active Melancholie mit Hallucinationen; beschäftigte sich viel mit ihrem Verbrechen, begriff es nicht, sagte aber dann, sie habe nicht anders gekonnt, wiewohl sie mit ihrem Manne stets glücklich gelebt habe. Hier seit 24. September 1883. Meist ruhig, fleissig, schwachsinnig, leidliches Gedächtniss. Sagt ihr Mann sei geisteskrank gewesen und habe sich selbst erdrosselt. Mittelgross. Rundlicher, flacher Kopf, etwas niedrige, fliehende Stirn, breiter Innenring an Iris; nur noch ein Zahn etc.

86. S . . . . . ss, Mar. Christ., Gärtnerswittwe, 64 Jahre, hat 1 Kind. Angeblich stets sehr auffahrend, zänkisch, bösartig, Potatrix. Von 185? bis 1866 wegen Diebstahls, Trunksucht, Widersetzlichkeit, Vagiren, Excesse 21 mal bestraft! 1861 schon polizeiärztlich als „unzurechnungsfähig" betrachtet. Schon damals hysterisch-epileptoide Krämpfe, allmälig zunehmende Reizbarkeit, Widersetzlichkeit und polizeiliche Conflicte. Immer rabiater und allmäliger Verfolgungswahn. Starke Onanistin, meist mit daran sich anschliessenden Krämpfen. Hier seit 14. Juli 1876. Unverträglich, schimpft, fleissig, spricht nichts Verkehrtes. Noch Krämpfe, besonders Nachts. Mittelgross, Schädel mesocephal, eher spitz; Stirn schmal, hoch; verschiedene Narben an Stirn. Irisflecken. Grosser Naevus auf Rücken.

87. T . . . . . r, Anna Ros., 58 Jahre, Näherin. Mutter lange geisteskrank, ebenso die Schwester. Sie selbst bei der kranken Mutter lebend, allmälig trüber, verstimmt, vagirte, ward mehrmals polizeilich aufgegriffen, erschien ganz desorientirt, reizbar, mit Wahnideen. Auf Sonnenstein gebracht, keine Besserung. Hier seit 6. Juni 1859. Hier fleissig, gutmüthig mit vielen Wahnideen, hält sich für die Frau eines hiesigen Aufsehers, verkennt die Leute, füttert Männer in der Gosse, hat unter dem Stuhl Männer etc., stets harmlos. Antwortet gut und schnell, Gedächtniss

Digitized by Google

leidlich. Lang, hager, Schädelumfang 52 cm, meso-hypsocephal, hohe Stirn, Jochbeine vorstehend, aber nicht mongol. Typus.

88. Unbekannte Blödsinnige, vielleicht 64 Jahre, vagirte, aufgegriffen, in Haft. Hier seit 25. Januar 1856 (von 1875—1888 in einer Siechenanstalt). Spricht nur das einzige Wort „Cordel" und das noch undeutlich, wobei sie mit der Hand auf sich zeigt. Gutmüthig, blöde lächelnd, hilft mit. Stösst unarticulirte Laute aus, soll aber verstehen, was die Wärterin ihr sagt. Meist reinlich, hilfsbedürftig. Mittelgross, schleppender Gang, gebückte Haltung. Schädel relativ gross (54 cm Umfang), oben ziemlich flach. Stirn hoch. Ohrläppchen schlecht gebildet und angeheftet. Nase kurz, kolbig, Unterlippe wulstig, links chronische Conjunctivitis. Zähne unten verschieden gestellt. Leichte Struma. Starb den 18. August 1890. Pachy-Leptomeningitis chronica; Nephritis.

89. U . . . r, Anna Marie, 66 Jahre, Wittwe, gut befähigt, ruhig, ohne erbliche Belastung, diente. Als Kind angeblich Pocken, später „Nesselfriesel". Nie geboren, lebte solid, in leidlichen Verhältnissen. Ende des Jahres 1885 wegen unerlaubten Lotteriespiels kurze Haft; gleich darauf Depression mit Verfolgungswahn und Sinnestäuschungen. 2 Jahre auf Sonnenstein. Hatte die verschiedensten Gefühls- und Gehörstäuschungen, glaubte, es lebten Geister und „Seelchen" auf ihrem Kopfe und in ihrem Ohre, die sie durch Einstopfen von Brotkrumen ernährte etc. Die chronische Verrücktheit endete in Verworrenheit. Hier seit 27. September 1888. Meist ruhig, nur bisweilen schimpfend, schlug, machte nichts. Starb ganz plötzlich an Herzlähmung den 22. Januar 1889. Klein, schwach, sonst normal. Ohne Degenerationszeichen angeblich.

90. W . . . . l, Aug., 24 Jahre, verheirathet, angeblich unehelich geboren, hat 1 Kind. Viel bewegtes Leben; trennte sich vom Manne und stand als Puella publica unter sittenpolizeilicher Controle. Grossmutter mütterlicherseits sei an Krämpfen gestorben, sagt sie, ein Bruder habe solche gleichfalls, wie auch sie. Ein andrer Bruder geisteskrank. 1887 angeblich Typhus. Vorher und nachher wegen Diebstahls, Betrugs, Unsittlichkeit öfter bestraft. 1889 in Irrenklinik wegen zeitweis auftretender Erregungen mit Amnesie, versuchte sich öfter zu erdrosseln. Hystero-epileptische Krämpfe, bisweilen mit scheinbar theilweis erhaltenem Bewusstsein. Dann schlossen sich öfter obige Erregungen an. Sensorisch-sensible Anästhesie der rechten Körperhälfte. In Intervallen launisch, sehr empfindlich, hört Stimmen. Hier seit 27. Januar 1890. Aehnliches Verhalten. Krämpfe oft mit Aura. Sagt, ihr Gedächtniss habe abgenommen, sonst kein Schwachsinn. Jetzt Anästhesie nur an der rechten Hand; ward früher viel hypnotisirt und wird schon bei blossem Augenschlusse starr. Zu Zeiten der Erregung kaum zu bändigen und höchst gemein. Phthisisch geworden. — Gross, stark, mit struppigem Haar. Grosser Kopf, rundlich (55 cm), relativ niedrige Stirn, mongoloides Gesicht.

91. W . . . r, Aug. Wilh., 18 Jahre, Fabrikarbeiterin, anscheinend

Digitized by Google

gut befähigt, aber stets zerstreut, vergesslich, leichtsinnig. Vater Potator, strangulirte sich. Schon als Schulmädchen lief sie von Hause fort, trieb sich mehrere Tage bettelnd umher unter falschen Namen, stahl; wiederholt bestraft. Kinderbesserungsanstalt vergeblich. Stahl weiter, meist ziemlich schlau, vernaschte das Geld. Wiederholt in Correctionsanstalt, wo sie sich schlecht benahm und sich zu hängen suchte. Ende 1887 zur Mutter zurück, war in verschiedenen Fabriken, liederlich, oft ganze Nächte nicht zu Hause, widerwärtig gegen Mutter und Geschwister, hurte. Arbeitsanstalt. Seit Mitte 1888 im Krankenhause, psychisch erkrankt. Litt an hystero-epilept. Anfällen (1. Anfall 6 Monate vor der Confirmation, wie Mutter angiebt), zeigte sich benommen, wusste Tage lang nichts über ihr Vorleben, Art von Trunkenheit; dann wieder freier, Gedächtniss besser, arbeitete schnell und ordentlich. Mehrmals kurze Ohnmachten, doch auch ausgeprägt hystero-epileptische Anfälle, nach denselben oft sehr deprimirt, Taedium vitae, Hallucinationen. Depression vorherrschend. Den 13. Juli 1888 knüpft sie das Taschentuch fest um den Hals, suchte sich dann mit dem Zopfe zu erwürgen; kurz darauf stieg sie plötzlich aus dem Bette, brach ein Stuhlbein ab und schlug sich damit heftig auf den Kopf, danach kurzer, typischer Anfall. Alle Nervenstämme sehr druckempfindlich, auch Ovarialgegend. Ueberall am Körper Anästhesie, auch Analgesie, mit Ausnahme von 2 Stellen. Hier seit 11. August 1888. Unartig, unverträglich, leicht heftig, hetzt, klatscht, hält sich mehr für sich, hält sich für besser als Andre, hat viele Fensterscheiben eingeworfen und ist einmal entflohen. Bisher kein Krämpfe, kein Wahn. Arbeitet fleissig, kennt ihr Vorleben, scheinbar Reue. — Mittelgross, gut genährt, scrophulöses Gesicht. Schädel rund, 56 cm im Umfange. Stirn niedrig, spitz, Zähne sehr schlecht. Links Leistenbruch. Beurlaubt, den 26. Juli 1890.

92. W . . . sch, Em. Luise, 28 Jahre, Beamtenfrau. Vater angeblich Trinker und „Unterleibshypochonder", verliess die Frau und ging nach Amerika. Mutter verzog sie und liess ihr allen Willen. Gut befähigt, früher angeblich sehr heiter und gesellig, nach der Schule durch Stickerei viel Geld verdient, lebte solid. Schon 1880 Lebensüberdruss. 1882 heirathete sie, lebte anfangs glücklich, später oft Streit mit dem Manne, 3 Frühgeburten. Nach der letzten (Kind lebt noch) Selbstmordtrieb viel heftiger. 1887 unterschlug sie eine Summe Geldes, der Mann bezahlte es, lebte aber bis Anfang 1888 von ihr getrennt. Sie miethete ein grosses Logis, möblirte es aus, und als die Gläubiger drängten, unterschlug sie von einem Aftermiether 62 Gulden; seit dieser Zeit unruhig, schlief schlecht, als sie vor Gericht erscheinen sollte, trank sie ca. 40,0 reine Carbolsäure. Mit schwerer Intoxication ins Krankenhaus; dabei vorwiegend Depression, zwischendurch Erregungen, drohte mit Selbstmord, versuchte es mit heftige Angstzufälle, ohne Sinnestäuschungen. Alle Nerven druckempfindlich, ebenso Wirbelsäule und Ovarien. Hysterisches Irresein mit geistiger Herabsetzung des Intellects. Hier seit 11. September 1888. Launisch,

Digitized by Google

reizbar, energielos, faul, Taedium vitae, hysterische Klagen. Allmälig ruhiger, einsichtsvoller, fleissiger. Den 14. November 1889 beurlaubt, machte sie bald allerlei tolle Schwindeleien, Lügen, Diebereien, deshalb den 27. März 1890 wieder zurück. Wie früher. Sehr fleissig, innerlich haltlos, ohne rechtes Verständniss für Moral. — Mittelgross, gracil, anämisch, schwindsüchtig, ohne besondere Degenerationszeichen.

93. Z.....n, Marie, Blumenarbeiterin, 38 Jahre, hereditär belastet seitens des Vaters, mittelmässig beanlagt, gutmüthig, aber leicht aufbrausend, angeblich stets solid, fleissig, thätig. Als der Vater ihres unehelichen Kindes die versprochne Ehe nicht eingehen wollte, verklagte sie ihn auf Geldentschädigung (über die geleisteten Alimente hinaus); zur Führung des Processes und für Erhaltung des Kindes setzte sie alle Ersparnisse zu. Sie verlor den Process, setzte das Kind vor die Thüre des Vaters aus, deshalb Gefängniss. Seitdem deutlichen Verfolgungs- und Querulantenwahn. Klebte wiederholt Zettel mit den grössten Beleidigungen an die Hausthür ihres frühern Liebhabers und an die des Gerichtshauses und an öffentliche Plätze, deshalb wiederholt polizeilich und gerichtlich bestraft, auch wegen Verweigerung polizeilichen Vorladungen Folge zu leisten. Als psychisch erkrankt erkannt den 7. August 1883 auf Sonnenstein, den 13. September 1884 im Ganzen ungebessert auf Verlangen des Vormundes entlassen, nahm sie wieder ihr altes Treiben auf, deshalb seit 14. März 1885 hier. Nach Besserung den 31. Juli 1885 beurlaubt; neue Erregung, dringender Verdacht, das Haus, wo der Schwängerer wohnte, mit Farben beschmiert zu haben; deshalb den 24. März 1887 hier wieder zurück. Früher arbeitete sie, jetzt nicht mehr, verkehrt wenig mit Andern, spricht ungern, unzufrieden, abstossend. Verfolgungswahn besteht noch. — Eher klein, sehr kräftig, ohne Entartungszeichen, mesocephal.

94. Z....ch, 56 Jahre, diente. Nach Angabe der Mutter gut begabt, aber faul, von klein an tückisch, verschlossen. Niemand behielt sie lange im Dienste, war daher meist zu Hause. Erste Spuren der Psychose 1857, als sie mehrere Heirathsanträge erhielt, die sich nicht realisirten. Das brachte sie scheinbar auf den Gedanken des Behextseins. Zugleich wahrscheinlich sehr erotisch, da sie sich cohabitiren liess. 1859 wegen Bedrohung und Excesse in Untersuchung, aber als unzurechnungsfähig erklärt. Hielt allmälig die Mutter und Schwester auch für Hexen, die sie behexen wollen, hasste sie daher, sah Hexen auf Kreuzwegen sitzen und Kirche halten etc., opponirte zu Hause, oft gewaltthätig, faul. Den 20. November 1862 auf Sonnenstein. Sehr oft unbändig, zerstörungssüchtig, hielt sich bald für vergiftet, bald für schwanger etc. Hier seit den 9. August 1864. Seit langem verblödet, lacht viel für sich, schimpft Nachts, ist stets für sich, aber harmlos, hilft mit. — Klein, mager. Kopfumfang 51 cm, Schädel rundlich, oben flach, Stirn ziemlich gross, mit deutlichem Sinus frontal., etwas fliehend, Nase scharf, adlermässig. Gesicht breit, kurz, Gaumendach flach. Rechtes Ohr mehr abstehend

Digitized by Google

als das linke und anders gebaut. Pupillen etwas starr. Zähne ganz defect.

95. M....., Christine, 57 Jahre alt, diente, mangelhaft erzogen, Mutter früh gestorben, hat 6 Geschwister. Offenbar schwach beanlagt, Erblichkeit nicht nachweisbar, lebte unmoralisch. Viel krank gewesen: seit Kindheit viel Kopfschmerzen, öfter Schwindelanfälle, unregelmässige Periode, im 13. und 18. Jahre, wie sie angiebt, Typhus, im 16. Pocken, sehr viel Dyspepsien und Gastralgien. Viel bestraft wegen Diebstahls, Betrugs, Hausfriedensbruchs etc. (bis 1870 zehnmal). Zuletzt den 17. Juni 1872 wegen Diebstahl 1 Jahr Zuchthaus. In den Strafanstalten als roh, jähzornig, arbeitsscheu, hämisch, lügnerisch, verleumderisch, zu Simulationen geneigt bezeichnet; oft krank, besonders am Magen. Schon 1868 acht Monate lang in einer Irrenanstalt. Zornausbrüche schon seit 1867. Sehr bald nach der letzten Aufnahme als psychisch erkrankt angesehen, war zeitweilig „geistesabwesend", so dass sie nicht wusste, was sie that. Unmotivirte Skandale, Gewaltthätigkeit, Zerstörungen, zeitweilig Hallucinationen, ohne Wahn. Wegen Magenkatarrhs und Fluor albus den 15. Januar 1874 in das Landeskrankenhaus aufgenommen, wieder erregt mit Depressionen, Angstzuständen dazwischen, später mehr chronischer Manie gleichend. Deshalb den 27. Januar 1875 hier aufgenommen. Allmäliges Abklingen. Seit Jahren sehr fleissig, lernt Kranke an, aber sehr reizbar, schimpft auf das Gemeinste, zankt sich mit aller Welt, lügt, hetzt, drängt, droht oft „die Bude" anzubrennen (vor 12 Jahren aus Wuth oder Rache den Strohsack angebrannt), schlägt oft, daher öfter Zelle, zerstört aber nicht, meist für sich. Leidet viel am Magen, hat Phthise und tubercul. Otitis int. Schwachsinnig, Erinnerungsdefect. Ohne Wahn oder Sinnestäuschungen. — Mittelgross, elend aussehend, Tremor des Kopfes und der Hände. Schädel 53 cm, rundlich, eher klein, Stirn mässig hoch, breit. Starke Gesichtsasymmetrie, rechte Gesichtshälfte atrophisch und kürzer, der rechte Oberkiefer weit hinter dem linken stehend. Prognathie. Linke Augenhöhle eingefallen (Bulbus phthisisch nach Pocken). Gaumen ungleich, rechts flacher als links, ebenso Gaumenbögen und Zäpfchen nach links. Concha auricul. sehr gross, Ohrläppchen dagegen dünn und angewachsen. Anflug von Backenbart. Gesicht wie auch Körper pockennarbig. Mongoloider Typus.

96. R.....r, Ernest., 36 Jahre alt, Köchin, gut befähigt, lernte gut. Eltern lebten getrennt; Vater früher Bäcker, soll Alles verspielt haben. Lebte im Ganzen leidlich solid, hatte 2 uneheliche Kinder. Als sie kein Ziehgeld mehr erhielt, erregt, machte Spektakel, schimpfte überall über den Bräutigam und drohte das Haus, in dem er wohnte, anzuzünden, deshalb 1 Jahr Gefängniss. Seit Mitte des Jahres 1886 merkte sie, dass die Leute sie auf der Strasse gross ansahen, man lache über sie, die Kaufleute wollten ihr ungern verkaufen etc. Wollte sich bei der Königin darüber beschweren, angehalten und ins Krankenhaus gebracht. Hier seit 5. Juli 1887. Sehr verworren, zeitweis sehr erregt und isolirt, laut, singt mit

Digitized by Google

durchdringender Stimme, tanzt im Garten, macht allerlei Unfug, erotisch, faul, zänkisch, mit vagen Verfolgungsideen, schwachsinnig. Mittelgross, kräftig. Schädel mesocephal, 53 cm, Stirn etwas niedrig. Träge Pupillenreaction. Obere Schneidezähne sehr gross, Ohren abstehend, gross, Gesicht grob, sinnlich, Nase kolbig.

97. Sch . . . . . r, Anna Marie, Dienstmagd, 30 Jahre, ohne erbliche Belastung, streng und gut erzogen, von Jugend auf lügenhaft, boshaft, mittelmässig beanlagt; schon mit 13 ½ Jahren wegen vorsätzlicher Brandstiftung und Diebstahl bestraft, lebte unmoralisch, prostituirt, wegen Diebstahls, Unzucht etc. später oft bestraft, auch grosse Straftabellen in den Strafanstalten. Syphilitisch gewesen, hat geboren, litt viel an Magen, angeblich auch an Epilepsie, onanirte. Schon Mitte des Jahres 1880 stellte sie ohne Grund die Arbeit ein, zerbrach Messer, zerstörte Tuch und Schürze, zerriss das Arbeitsbuch etc. Dann wieder mehr normal. Ende des Jahres 1881 zerriss sie Handtuch, Taschentücher, Sommerjacke und warf die Stücke in den Abort. Ein ähnlicher manischer Raptus den 11. Februar 1884, weshalb sie kurze Zeit hieher kam. Der Strafanstaltsarzt bemerkt lakonisch: „schon bei früherer Detinirung fanden sich Spuren von Geistesstörung". Bestimmter Wahn oder Sinnestäuschungen hatten stets gefehlt. Ende des Jahres 1886 im Bezirksarmenhause wieder neuer Anfall und zwar Depression mit zeitweiligen Tobsuchtsanfällen, Zerstören, Selbstmordversuch, turbulentem Wesen. Litt an Magenblutungen (simulirte hier wiederholt Haemoptyse); möglicherweise auch die Manieen z. Z. simulirt. Im Laufe der letzten Jahre angeblich dreimal für geistesgesund erklärt worden. Kein eigentlicher Wahn oder Sinnestäuschungen nachweisbar. Hier seit 3. März 1887 (zum 2. Male). Im Ganzen ruhig, zurückhaltend, schwachsinnig, reizbar, empfindlich, fleissig, selten leichte Erregungen (scheinbar in Connex mit den Menses), ohne Wahn oder Sinnestäuschungen, ethisch defect, ein Selbstmordversuch. Geistig geschwächt, mit Gedächtnissdefecten. Ende des Jahres 1890 entfloh sie aus einer Meierei in die Hauptanstalt. — Mittelgross, anämisch (unregelmässige Periode). Schädel mesocephal, Stirn normal, mit etwas vorspringenden Höckern, Gesicht etwas asymmetrisch und breit, Zähne weit auseinander.

98. B.....r, Aug. Paul., 41 Jahre, Schankwirths-Ehefrau, gut befähigt, still (andre Angaben: kokett), solid. Die Schwester der Mutter soll an Beeinträchtigungsideen leiden, des Vaters Bruder schwermüthig, ein Kind schwachsinnig gewesen sein; ein Bruder hat sich vor kurzem entleibt. 10 mal geboren. 1871 zog sie mit dem Manne, der Schafmeister war, nach Russland. 1877 Typhus mit sehr schweren Hirnsymptomen. Anämisch, schwach, kehrte sie 1887 nach Deutschland zurück. Verwandte schilderten ihr den abwesenden Mann als treulos, was sie schliesslich glaubte. Schon seit Jahren grübelte sie über von ihm Gesprochenes; schon lange hat sie Beeinträchtigungsideen. Besonders der Arzt, der sie behandelt hatte, verfolgte sie etc. Als der Ehemann Ende 1889 zurück-

Digitized by Google

kehrte — sie hatte immer glücklich mit ihm gelebt — zieh sie ihn der Untreue etc., ohne allen Grund. Sie zankte sich mit ihm, glaubte, wenn sie gestorben, würde der Mann die Kinder hungern, umkommen lassen, entnahm den Reden der Verwandten, dass man sie in ein Irrenhaus bringen wolle. Als der Mann eine Schankwirthschaft kaufen wollte, war sie ausser sich, glaubte, es geschähe aus Faulheit, und sie könne dem Ganzen nicht vorstehen.. Im Wirrwarr des Umzugs und der Uebernahme des Hauses (sie menstruirte) ermordete sie ihre 4 jüngsten Kinder, von denen gerade 3 die Influenza hatten. 8 Tage später den 4. Februar 1890 in die Irrenklinik. Gutes Gedächtniss, Gemüthsruhe, voller Wahn. Jener russische Arzt habe ihren Mann verdorben, lasse sie überall beobachten, könne auch später noch Unheil anstiften. Jetzt sei sie auch von der Untreue ihres Mannes überzeugt, der Maitressen gehabt habe und nicht nach ihrem Tode für die Kinder sorgen werde; deshalb habe sie mit Ermordung derselben eine gute That vollbracht. Las viel in der Bibel und deutete Stellen anders aus. Selbstgefällig dabei, querulirend, öfters zänkisch, prahlt gern mit ihrer Schwäche und ihrem früheren Umgange mit bessern Kreisen. Hier seit dem 11. November 1890. Heiter, voll Zuversicht, manirirt, voller Wahn. Sie habe zwar die Kinder als Leichen gesehen, sie lebten aber durch ein Wunder, zurückgehalten von den Freimaurern. Der Arzt liest ihre Gedanken, verfolge sie, sei ein Diplomat. Der Boden sei hohl, jedenfalls seien auch hier unterirdische Verliesse. Ihre todten Kinder habe sie lebend nicht nur im Traum, sondern sogar hier vorbeigehen sehen etc. Gross, kräftig; mesocephal, vorspringende Stirnhöcker, sehr langes Gesicht und relativ breite Kinnbacken, sonst nichts.

99. F . . . . . r, Wilh., Christ., geschiedne Plätterin, 27 Jahre alt, ohne Erblichkeit, hat gut gelernt, solid gelebt. In der Schulzeit Ohnmachtsanfälle, später Bleichsucht. 1885 gebar sie unehelich, 1886 verheirathet mit liederlichem, vorbestraftem, rohem, angeblich geschlechtskrankem Manne. Trennte sich von ihm und 1889 geschieden, da sie die Ehe brach. 3 Kinder. 1888 mehrere Monate lang Psychose, scheinbar Manie, im September gebar sie das 3. Kind. Seit obiger Psychose Wesen total geändert, leichtfertig, liederlich, hurte. 1889 wegen Diebstahls und Betrugs 3 mal mehrwöchentlich zu Gefängniss verurtheilt, wegen Vagirens aus der Stadt ausgewiesen. Im März 1889 sprang sie in die Elbe; herausgezogen, ward sie 3 Monate lang an Psychose behandelt. Darauf erst bei den Eltern, trieb sich dann umher, hurte, machte zahlreiche betrügerische Bestellungen, aber so plump, dass sie stets dabei abgefasst wurde. Im August 1890 von der Polizei verhaftet, in das Irrenhaus gebracht. Daselbst reichlicher Stimmungswechsel, Reizbarkeit, unmotivirt heftig, drohte mit Selbstmord. Intelligenz hat gelitten, Gedächtniss gut, dagegen ethische Defecte. — Hier seit dem 6. December 1890. Gross, blond, kräftig. Mesocephal; 55 : 34. Stirn leicht asymmetrisch. Degenerationszeichen fehlen, nur der Helix beiderseits eckig und die Zähne unten vorn nicht gleich hoch.

Digitized by Google

100. G . . . e, Marie, Sus., Bonne, zuletzt Händlerin, 38 Jahre alt, ledig. Vater starb an Schwindsucht; eine Cousine geisteskrank gewesen. — Gut gelernt, meist heiter, flüchtig in den Arbeiten. Bewegtes Leben, hat 4 mal unehelich geboren, 2 Kinder leben noch. 1870 eine Zeitlang „überspannt" ohne Krankenbehandlung. 1871 einmal 3 Tage Gefängniss wegen Betrugsversuchs. — Im September 1889 Alimentationsprocess, den sie verlor. In den letzten Jahren angeblich Potatrix. Anfang Januar 1890 Manie (Unternehmungslust, unnöthige Ausgaben, Putzsucht, Excesse in Baccho etc.) — Ideenflucht, erotisch. Am 10. Januar 1890 in Irrenabtheilung. Mitte Januar gänzlich verwirrt, unreinlich, euphorisch. Bald ruhiger. Den 27. Februar 1890 nach Sonnenstein gebracht, am 11. November gebessert entlassen, doch nach 3 Wochen neue Erregtheit, lebhafte Hallucinationen (Gehör, Geruch), Ideenflucht, vorübergehend Grössenwahn. Am 2. December 1890 wieder in Irrenabtheilung und zeigte sich wie früher. Den 9. Januar 1891 hier zugeführt in vollster Tobsucht. Schwatzt, singt Cancanlieder, macht groteske Posen, thörichtes Gebahren etc. Meist heiter, zeitweis relativ klar, antwortet, dann wieder verworren. Mittelgross, blond, schwächlich, rechte Lungenspitze infiltrirt. Mesocephal, hinten Schädel etwas breiter. Tubera front. et pariet. stark, Stirn hoch, nicht symmetrisch. Gesicht ungleich. Palatum durum in der Mitte wulstig; die linke Hälfte enger und tiefer als die rechte. Oben wenig Zähne, unten unregelmässig implantirt, verschiedner Grösse und die Vorderzähne fast in einer graden Linie stehend. Artt. temp. atheromatös.

II.

Das verarbeitete Material setzt sich aus 100 Fällen zusammen und zwar aus 53 Personen, die direct aus verschiednen Strafanstaltskategorien uns zugeführt wurden, und 47 andern Geisteskranken, die irgend einmal in ihrem Leben eine Strafe verbüssten oder wenigstens in gerichtliche Untersuchung kamen.

Von diesen 2 Abtheilungen interessiren uns natürlich am meisten die 53 Strafgefangenen[1]). Wenden wir uns daher denselben zuerst zu.

Von diesen wurden hier eingeliefert:

direct aus dem Zuchthause . .	37 =	69,8 pCt.
- - Gefängnisse . .	7 =	13,2 -
- - Correctionshause .	7 =	13,2 -
- der Untersuchungshaft	2 =	3,3 -

[1]) Von diesen kamen 2 (No. 95 u. 97) allerdings zunächst aus der Freiheit, waren aber viel bestraft und eben kurz vorher noch im Zuchthause gewesen und gehörten zu den Gewohnheitsverbrechern, sind daher hier mit eingerechnet worden (und zwar als aus dem Zuchthause kommend).

Digitized by Google

Sämmtliche, bis auf 4 (vielleicht ausserdem noch No. 45) stammen aus Sachsen; 4 sind katholisch. — Dem Stande nach sind ledig: 41 = 77,3 pCt., verheirathet 7 = 13,2 pCt., geschieden 4, verwittwet 1 Person.

Es überwiegen hier also die Ledigen, wie schon *Sommer* (188) sagt, während in Italien mehr Verheirathete sich finden (*Lombroso* 111).

Dem Berufe nach waren:

allein oder vorwiegend Dienende	28	= 52,8 pCt.
Handarbeiterinnen	11	= 20,8 -
Fabrikarbeiterinnen	8	= 15,2 -

ausserdem 1 Näherin, 1 Händlerin, 1 Modistin, 1 gut situirte Bauersfrau (No. 5) und ohne Beruf 2 Personen (dahin als höchst wahrscheinlich eingerechnet No. 45).

Dass bei obiger Eintheilung gewisse subjective Willkürlichkeiten mit unterlaufen, versteht sich von selbst, da Manche oft erst dienten, dann Handarbeiterinnen, schliesslich Fabrikmädchen wurden, von den Verheiratheten die meisten zeitweis auch Handarbeiten verrichteten etc. Die obigen Zahlen sollen ja nur ein annäherndes Bild gewähren. Es sind also fast durchweg nur die untersten Stände und am Meisten die dienende Klasse vertreten.

Schwer ist die Frage zu beantworten, wie Viele sexuell excedirten; 7 sind direct als Huren bezeichnet, wie Viele aber gewerbsmässig oder gelegentlich der Venus vulgivaga opferten, ist meist unbekannt. Sicher ist die obige Ziffer nur als ein Minimum zu bezeichnen; man weiss ja hinreichend, wie es gerade bei den Fabrikmädchen nach dieser Richtung hin sich verhält.

Zu niedrig ist sicher auch die Angabe, dass nur 9 Personen (= 17 pCt.) uneheliche Kinder gehabt haben.

Von den 53 Personen sind 4 gestorben, 6 entlassen, versetzt oder beurlaubt worden.

Bezüglich des hiesigen Anstaltsaufenthaltes (bis Ende des Jahres 1890) befanden sich hier bis zu 1 Jahr: 6, bis zu 2: 15, bis zu 5: 12, bis 10: 6 und über 10 Jahre: 14 Personen. Die Meisten sind also seit Jahren hier aufhältlich.

Dem gegenwätigen Alter nach ist die Vertheilung folgende:

Digitized by Google

Alter	20—30 Jahre	30—40 Jahre	40—50 Jahre	über 50 Jahre
Personen	12	17 = 32 pCt.	10	14 = 26,4 pCt.

Es prävaliren demnach die mittleren und späteren Lebensalter, doch waren die Meisten in den jüngeren und mittleren Jahren bestraft worden.

Die Delicte, welche der letzten Strafe zu Grunde lagen, sind folgende:

Diebstahl[1])	27 Fälle	=	51 pCt.
Brandstiftung	9 -	=	17 -
Vagabundiren und Betteln .	5 -	=	9,4 -
Todschlag oder Versuch dazu	4 -	=	7,5 -

Darüber weiter 4 mal reiner Betrug, je 2 mal Meineid und Gewerbsunzucht.

Man sieht, dass die Arten der Verbrechen und Vergehen, welche sehr gern combinirt vorkommen, viel geringer an Zahl sind, als bei den Männern, wie schon ein Blick in die Arbeiten *Moeli*'s, *Sander*'s und *Richter*'s etc. genügend bezeugen, auch stehen die Verbrechen gegen die Person relativ zurück. Dass, zeitweis wenigstens, mehr als die angegebenen 5 Personen vagabundirten und bettelten, braucht nicht speciell hervorgehoben zu werden.

Die Vorstrafen (von 52) illustrirt diese Tabelle:

Srafen	nie bestraft	seltene	häufige	sehr häufig
Personen	4	11	12 = 23,1 pCt.	25 = 48,1 pCt.

Die Gewohnheitsverbrecherinnen sind also in der stattlichen Zahl von 37 = 71,1 pCt. vertreten; es waren fast nur Diebinnen, doch begingen sie nebenbei noch andre Delicte. Eigentliche Leidenschaftsverbrecherinnen fehlen gänzlich.

Bei den 37 aus dem Zuchthause uns Zugeführten lautete die Strafe auf:

Strafzeit	1 Jahr	1—2 Jahre	bis zu 5 Jahren	mehr als 5 Jahre
Personen	2	8	18 = 34 pCt.	8

Eine Einzige war lebenslänglich verurtheilt. Die längeren Strafzeiten waren also vorwiegend. Mit der Tabelle stimmt auch die

[1]) Einfach, rückfällig oder mit Betrug etc. combinirt.

Digitized by Google

Angabe *Sommer*'s (188), dass bei langer Strafzeit 3 mal so viel in der Haft psychisch erkranken, als bei kurzer.

Die wichtigste Frage betrifft aber offenbar die unschuldige Verurtheilung.

Analysiren wir unsre Fälle, so lässt sich bei genauer Abwägung aller einschlägigen Verhältnisse hier bezüglich Folgendes feststellen:

1) Zur Zeit der letzten That waren sicher krank und traten trotzdem ihre Strafe an 8[1]) = 15,1 pCt. (No. 5, 12, 19, 20, 42, 44, 45, 97);

2) höchstwahrscheinlich geisteskrank oder wenigstens nicht mehr ganz intact: 14 = 20,4 pCt. (No. 2, 3, 4, 7, 8, 18, 25, 26, 32, 40, 41, 43, 46, 95).

Wir werden also schwerlich fehlgreifen, wenn wir annehmen, dass unter den 53 Inhaftirten wenigstens 20—25 pCt., also $^1/_5$—$^1/_4$ unschuldig verurtheilt wurden und ihre Strafe antraten, eine gewiss colossale Ziffer, die aber mit andern Beobachtungen in Einklang steht.

Dass unsre Zahlen aber noch keine allzu grossen sind, ergiebt sich aus verschiedenen andern Angaben. Man lese hierüber besonders im Buche *Sander*'s (168); *Langreuter* (99) erwähnt, dass 1884/85 in Preussen unter 1200 Geisteskranken in Strafanstalten mindestens $^1/_3$ schon z. Z. der That geisteskrank waren, *Mendel* nimmt sogar $^3/_4$ an! *Sommer* (188) fand unter seinen irren Verbrechern nur sehr wenige, die wahrscheinlich vor der That völlig normal waren; fast alle erwiesen sich als psychopathisch, und *Hirn* (71) konnte unter 129 im Gefängnisse nur 15 als vorher absolut geistig gesund befinden!

Ich erwähne noch, dass von den 5 Personen unsrer Sträflinge, die zuletzt wegen Vagiren etc. internirt wurden, 4 sicher mehr weniger schwachsinnig waren, eine davon zudem höchstwahrscheinlich epileptisch (No. 45); von den 9 Brandstifterinnen erscheinen 6 imbecill, eine ausserdem wahrscheinlich epileptisch (No. 32); von den 4 Mörderinnen sind 2 schwachsinnig!

---

[1]) Diese Zahl ist eine etwas andre als die von mir im Vortrage (siehe *Laehr*'s Zeitschr. Bd. 49) angegebene, weil ich jetzt No. 41 aus dieser Rubrik in die nächst folgende versetzt habe. Ebenso sind auch später einige Zahlen etwas abgeändert worden.

Digitized by Google

Die erblichen Verhältnisse sind leider nur sehr mangelhaft bekannt. Man weiss ja, dass in den Strafakten die physische und psychische Gesundheit der Angehörigen nicht oder nur selten und dann meist sehr ungenügend bemerkt ist, nachträgliche Erhebungen aber auf grosse Schwierigkeiten stossen und die Angaben der Incriminirten selbst nur mit grosser Vorsicht zu benutzen sind.

So erscheint es denn nicht wunderbar, dass in den ärztlichen Gutachten in nicht weniger als in 23 unter 53 Fällen bezüglich der Heredität nichts erwähnt ist; 6 mal steht „ohne" und 8 mal „angeblich ohne" Erblichkeit oder erblicher Anlage zum Irresein zu lesen. Nur in den übrigen 16 Fällen, also in ca. 30 pCt. ist etwas Bestimmtes, Positives ausgesagt; darunter finden sich für Psychosen wichtige Momente in der Ascendenz und in den Seitenlinien in 11 Fällen = 69 pCt. derselben oder 21 pCt. der Gesammtzahl (53), nämlich: Potatorium, Apoplexie, Lähmungszustände, Epilepsie, Nerven-, Gehirnleiden — die übrigens auch noch öfters mit dem Vermerk: „wahrscheinlich" versehen sind —; in den 5 übrigen Fällen handelt es sich 4 mal um bestrafte Angehörige und 1 mal um Phthise.

Erbliche Belastung in obigen 11 Fällen fand sich durch ein Familienmitglied vertreten in 5 Fällen (No. 3, 17, 22, 29, 39), durch mehrere in 6 (No. 4, 16, 20, 27, 32, 44); durch die Mutter allein oder mit andern Gliedern combinirt 3 mal (No. 4, 17, 44), durch den Vater allein oder mit Andern 4 mal (No. 13, 22, 29, 32). Ausserdem ist bei Fall 20 nur allgemein von „Gehirn- und Nervenkrankheiten in der Familie", in No. 27 von „wahrscheinlicher Familienanlage" die Rede.

Diese 21 pCt. der erblichen Belastung (bei unsern 53 Personen), wobei allerdings, wie wir sahen, bestrafte und phthisische Mitglieder nicht mitgezählt wurden, sind aber gewiss nur ein Minimum und unter den 23 Fällen mit unbekannter Anamnese und den 14 andern mit „ohne" oder „angeblich ohne" Erblichkeit bezeichneten sind sicher viele erblich Belastete noch enthalten, wie auch dort, wo wirklich Positives gegeben ist, wahrscheinlich nicht Alles aufgenommen wurde, weil es eben unbekannt blieb. Ist es doch z. B. mehr als auffallend, dass nicht ein einziges Mal Psychose in der Familie erwähnt wird, noch auch Lues und Trunk und Strafen nur in sehr wenigen Fällen notirt sind!

Digitized by Google

Scheiden wir die 23 Fälle mit unbekannter Anamnese aus, so würden die 21 pCt. erblicher Belastung allerdings schon auf ca. 37 pCt. steigen, womit sicher immer nur noch ein untrer Grenzwerth gegeben ist. Mit wenigstens 50—60 pCt. wird man wohl der Wahrheit näher kommen, zumal die Erblichkeit bei 41 unbescholtnen Geisteskranken, von denen später die Rede sein wird, bereits 39,5 pCt. betrug (nach *Tigges* beträgt sie bei Geisteskranken durchschnittlich 45 pCt.) und bei unsern Vorbestraften bereits auf 56 pCt. stieg. Dort muss sie aber mindestens so hoch sein, da ja, wie wir sahen, eine Reihe schon bei der Einlieferung sicher oder sehr wahrscheinlich geisteskrank war und wir bei den Sträflingen im Allgemeinen a priori mehr erbliche Anlage und späterhin mehr degenerirende Ursachen annehmen dürfen, als bei den meisten übrigen Menschen.

Die starke Heredität bei Verbrechern wird allseitig bestätigt; so von *Gutsch* (48), *Knecht* (76), *Sergi* (108), *Moeli* (138), *Tarnowsky* (201) [für die Diebinnen speciell], *Salsotto* (171) [für Mörderinnen] etc. *Kirn* (71) giebt eine erbliche Anlage überhaupt von 32,5 pCt. an; *Reich* (154) behauptet, die meisten Verbrecher hätten Säufer zu Vätern, was sicher aber für Sachsen nicht gilt.

Was man überhaupt unter „Disposition“ und „Erblichkeit“ zu verstehen hat, ist leider noch vielfach strittig und durchaus dunkel; ganz vorzüglich spricht sich hierüber besonders *Meynert* (128, 132) aus und sehr skeptisch *Neumann* (142), daher denn alle gegebnen Zahlen mehr weniger anfechtbar sind.

Betrachten wir jetzt vorurtheilsfrei die ursächlichen Momente, die im Gefängnissleben selbst begründet sein können.

Hygieine und Kost[1]) ist in den modernen Strafanstalten gewöhnlich besser, als es die meisten Gewohnheitsverbrecher gewöhnt sind, zumal ein sehr grosser Theil derselben ein unregelmässiges, an Entbehrungen aller Art reiches Vagabundenleben, mit allen seinen sonstigen Gefahren führte. Die Umgebung ist den Meisten ferner nicht unsympathisch, da sie mit solchen Subjecten draussen mit Vorliebe verkehrten, sehr bald auch Bekanntschaften und Freundschaften anknüpfen; die Strafanstalt erscheint manchen sogar so

[1]) *Semal* (236) sieht dagegen in der ungenügenden Kost die Hauptursache für die psychischen Erkrankungen, doch nur bei gegebner Disposition, während die Isolirhaft nur eine geringere Rolle spielt.

Digitized by Google

wenig odiös, dass sie sich darnach sehnen, wie die nicht seltnen absichtlichen Vergehen beweisen, welche sie wieder in „geordnete Verhältnisse“ bringen sollen.

Freiheitsberaubung allein wirkt also gewiss nur selten deprimirend ein. Auch psychische Momente, wie sie das Familienleben, Sorge um die Zukunft, Scham etc. mit sich bringen, welche gerade bei Leidenschaftsverbrechern, besonders gebildeter Stände, so wirksam sind, fallen hier gewöhnlich weg, da die Meisten ja ledig waren und um Eltern und Geschwister oder ihre unehelichen Kinder oft seit Jahren sich nicht gekümmert hatten. Mehr dagegen dürfte die strenge Zucht, der stete Verdacht auf Simulation auf ihnen lasten.

Die vielbeschuldigte Isolirzelle ist sicher, wie sie heutzutage geübt wird (54), bei Gewohnheitsverbrechern nur selten allein im Stande, Psychosen zu erzeugen, und wohl nur, wo Anlage zum Irrsinn vorliegt. Man individualisirt scharf und so sind denn auch unsre Kranken nie lange Zeit hintereinander isolirt worden, wo es sich überhaupt nöthig machte, so dass auch dies Moment nicht hoch anzuschlagen ist. Für Gebildete ist sie geradezu eine Wohlthat und auch Gewohnheitsverbrecher verlangen öfter darnach, wenn sie aufgehoben werden sol.

Manche haben allerdings bei dieser Haftart, die auch bei den Juristen als die strengere gilt (*Schwarze* 185) mehr Erkrankungen, Selbstmorde etc. gesehen (*Gutsch* 47, *Kirn* 71, 73, *Langreuter* 99, *Lombroso* 111, *Beltrani* 6 etc.), was wohl mehr der unregelmässigen Handhabung derselben in die Schuhe zu schieben ist, während ihre Gefährlichkeit von Andern (z. B. *Sommer* 188, *Delbrück* 26, *Knecht* 76, 78 etc.) als gering veranschlagt und von einer 3. Reihe von Autoren ganz oder fast ganz geleugnet wird [z. B. *Reich* 153, *Krohne* 93, *Baer* 3, *Leppmann* 100, *Ritti* und *Voisin*[1]) etc.].

Also auch hier sind die Meinungen noch nicht geklärt, doch scheinen die meisten Erfahrungen immer mehr und mehr für unsre obige Ansicht zu plädiren. — Dass dort mehr onanirt werde, ist ebenso zweifelhaft, wie eine regelmässige, übermächtige Beeinflussung des Körpers und Geistes, was schon behauptet wurde (214). Nur bei Affectverbrechern, besonders Gebildeten und manchen Minderwerthigen lässt sich eine eventuell starke Beeinflussung der

[1]) Notiz aus dem Archivio di psichiatria, scienze penali ad anthropologia criminale etc. vol. X, fasc. III—IV. 1889.

Digitized by Google

Psyche annehmen, daher hier die Gefahr, besonders bei Disponirten, eine grössere sein wird. Wir werden noch später darauf zu sprechen kommen.

Mit andern (z. B. *Gutsch* [47], *Knecht* [76]) konnten auch wir constatiren, dass bei längerer Strafzeit die Zahl der Erkrankungen anstieg[1]). Grund davon ist bald die allmälig zunehmende Verstimmung darüber sich noch internirt zu sehen, Andre aber entlassen, bald die strenge Zucht und schwere Arbeit, wie sie damit gewöhnlich verbunden sind, vor Allem aber wohl, weil die Gewohnheitsverbrecher, die ja besonders stark an längern Strafen participiren, meist schwerer disponirt sind, als Andere, deshalb leichter Psychosen verfallen, endlich bei langer Dauer auch leichter sich ungünstige Ernährungsstörungen einstellen können, die wiederum die Gefahr vergrössern; freilich bestehen sie oft schon vorher.

Ein früherer Ausbruch der Psychose aber bei langer Strafzeit als bei kurzer, fanden wir nicht. Aber auch der längere Aufenthalt im Gefängnisse ist nur von secundärer Wichtigkeit, da Psychosen nach dem 2. Jahre der Internirung nur sehr selten sind.

Anämien und Phthisen, Magendarmkatarrhe und andre chronische Krankheiten, soweit sie nicht schon von aussen mitgebracht wurden, sind jetzt im Gefängnisse seltner als früher; ihr etwaiger Einfluss auf das Entstehen oder Schlimmerwerden von Psychosen lässt sich zwar nicht leugnen, ist in concreto aber sicher schwer zu beweisen, da immer noch andre Momente mit concurriren. Eher dürften sich obige Krankheiten bei Gebildeten geltend machen, als bei den Gewohnheitsverbrechern, die meist unter viel traurigeren hygieinischen und Ernährungsverhältnissen lebten.

Wagner (206) wies nun auf die autointoxicatorische Genese mancher Psychosen hin, besonders der Amentia; es ist nicht unwahrscheinlich, dass manche Fälle von Psychosen im Strafhause

---

[1]) Sollte sich die Angabe *Günther*'s (61) bestätigen, dass nämlich das grösste Contingent zu den irren Verbrechern (Männer und Frauen) nicht besonders die eigentlichen Gewohnheitsverbrecher, als vielmehr die nur wenig Vorbestraften bildeten, so kann ich dies nur so erklären, dass hier die Momente des Gefängnisslebens (Scham, Reue, strenge Zucht, Nahrung etc.) intensiver einwirken können, als bei den dagegen mehr gefeiten Gewohnheitsverbrechern.

Digitized by Google

so entstehen, in Folge also abnormen Stoffwechsels; das würde noch mehr zur Verbesserung der Hygieine, Diät etc. in den Strafanstalten anspornen.

Bekannt ist ferner, dass Onanie ausserordentlich dort florirt; seine Einwirkung wird aber oft genug überschätzt (*Baer* 3, *Kühn* 95, *Krafft-Ebing* 88, *Semal* 236) und ist gleichfalls in concreto als Ursache kaum sicher nachzuweisen. Zu vergessen ist hierbei auch nicht, dass die Meisten wahrscheinlich schon früher Onanisten waren, die Onanie sehr häufig Ausfluss einer abnormen Geistesbeschaffenheit ist, dass endlich dies Laster bekanntermaassen in allen grössern Gemeinschaften: in Kasernen, Pensionaten, auf Schiffen etc. in reichlichem Maasse blüht, ohne scheinbar wesentlich zu schaden.

Am wenigsten dürfte die sexuelle Abstinenz als Ursache in Frage kommen, wie auch schon behauptet ward.

Welchen Einfluss die so oft vorhandne Lues[1]) auf die Ernährung im Allgemeinen und auf das Hirn im Speciellen ausübt, ist schwer festzustellen, jedenfalls aber nicht zu unterschätzen.

Ebenso schwer, wie die Syphilis, ist der Potus in concreto zu beurtheilen. Wie viele unter unsern Kranken Trinkerinnen waren, ist leider unbekannt, sicher ist aber ihre Zahl keine kleine. *Sommer* (188) fand unter seinen Patientinnen 35 pCt., *Baer* (ibidem) unter seinen weiblichen Gefangenen 18,1 pCt.; in Holland waren $^4/_5$, in der Schweiz $^3/_4$ der Verbrecher Säufer (*Lombroso* 111). Dass die Abstinenz vom gewohnten Tropfen kaum in Betracht kommt, sah ich deutlich beim Delirium tremens; solche Kranken erhielten von Anfang an nicht die geringsten Spirituosen und zwar ohne jeglichen Schaden.

Resumirend dürfen wir also sagen, dass zu Psychosen nicht Disponirte durch das Gefängniss selbst kaum psychisch erkranken, wohl aber Disponirte, bei welchen die relativ geringen Momente des Gefängnisslebens ausschlaggebend wirken können, ohne dass wir je mit Sicherheit dieselben zu bezeichnen vermögen, dass endlich eine grosse Reihe von Geisteskrankheiten nicht erst

[1]) *Günther* (Waldheim) sah im Correctionshause (meist von Huren bevölkert) weit mehr als die Hälfte früher mit Lues behaftet (Brief vom 25. Februar 1892), und *Tarnowski* (201) fand unter 150 Bordell-Huren 92 Syphilitische.

Digitized by Google

im Strafhause entstanden ist, sondern schon vor der Einlieferung deutlich war oder bei Eintritt in dasselbe sich zeigte oder dissimulirt ward und erst später klar zu Tage trat, so dass das Gefängniss mit diesen Psychosen nichts zu thun hatte, höchstens nur verschlimmernd einwirken konnte. — Wenn daher *Sommer* (188) die Morbidität im Gefängniss 10 mal so hoch berechnet, als ausserhalb, so ist diese Zahl nur scheinbar überraschend, da dort zum sehr grossen Theile Disponirte, Minderwerthige zusammenkommen, bei denen die geringen Gelegenheitsursachen des Gefängnisses eventuell den Stein zum Rollen bringen, wenn nicht, was so oft der Fall ist, die Betreffenden schon vorher offenbar oder latent psychisch krank waren.

Der beste Beweis aber, dass ein gut geleitetes Gefängniss relativ unschuldig ist, geht schlagend daraus hervor, dass die meisten dieser Kranken, die in Betracht kommen, erst nach einer Reihe von Internirungen zum 1. Male erkrankten. Dass durch schlechte Behandlung speciell besonders leicht Recidive erfolgen können (*Sander* 168), sei im Vorbeigeben erwähnt.

Ich bemerke noch ausdrücklich, dass fast alle Angaben der Autoren über die Ursachen im Gefängnissleben sich wohl ausnahmslos auf Männer beziehen; ob dies ohne Weitere sauch auf die Frauen zu übertragen ist, steht noch dahin. Ja, es ist noch nicht einmal sicher, ob Frauen überhaupt häufiger als Männer erkranken, wie *Lombroso* (111) will.

Werfen wir jetzt einen kurzen Blick auf die 47 Personen, die einmal mit dem Gesetze in Conflict geriethen. — Sie sind sämmtlich aus Sachsen; davon sind (bis Ende des Jahres 1890) 4 gestorben, 1 beurlaubt und 2 entlassen worden. Ledig sind 31 = 66 pCt., verheirathet, 12 = 25,5 pCt., verwittwet 3, geschieden 1. Fast durchweg gehören sie den untersten Volksschichten an. Sie sind meist schon seit Jahren hier und haben das mittlere Lebensalter überschritten; die jüngste ist 18, die älteste 68 Jahre alt. Ein Theil gehört zu den Gewohnheitsverbrecherinnen.

In 46 Fällen sind folgende Vergehen oder Verbrechen, als die einzigen oder letzten Conflicte mit dem Gesetze, begangen worden: Reiner Diebstahl 6 mal, Incest 2 mal (einer davon nicht erwiesen), Todtschlag oder Versuch dazu 8 mal, Vagiren, mit oder ohne Unzucht, Diebstahl etc. 16 mal, Betrug allein oder mit andern Ver-

Digitized by Google

gehen 4 mal, Widerstand allein oder mit Beleidigung, Bedrohung: 6 mal, Brandstiftung 2 mal (1 mal nicht erwiesen), polizeiliche Vergehen 2 mal.

Auch hier treffen wir wieder auf die Schwierigkeit genaue Kategorien zu schaffen, da die Vergehen vielfach combinirt sind; unzüchtiges Leben ist am häufigsten bei Vaganten und Fabrikmädchen.

Am höchsten ist die Zahl der Vagabundinnen, der Diebinnen und auffallend häufig sind die Mörderinnen.

Unschuldig bestraft, weil zur Zeit der letzten That oder schon früher, geisteskrank gewesen, sind sicher 9=19,2 pCt. [No. 55, 59, 61, 63, 79, 80[1]), 84, 93, 99] und wahrscheinlich 11=23,4 pCt. [No. 56, 62[2]), 64, 69, 70, 72, 73, 77, 86, 90, 96]. Man kann also sagen, dass von den 47 Personen sicher unschuldig bestraft wurden wenigstens 20—25 pCt.! Unter den 9 Unschuldigen befanden sich 3 Epileptische, 1 Idiotin, 3 Paranoiker, 1 Paralytikerin und 1 Hypomanische. Der Procentsatz der Unschuldigen steigt aber um ein ganz Erkleckliches, wenn wir von der Zahl 47 die Zahl derer abziehen, welche bei der letzten That sofort oder während der Untersuchungshaft als Geisteskranke erkannt und daher nicht bestraft wurden; es sind deren 18[3]). Wir hätten demnach unter 47—18=29 Personen, die die Strafe antreten, sicher 9 und wahrscheinlich 11 Geisteskranke, die nicht erkannt wurden, also wenigstens 40—50 pCt.! Bei den Meisten hätte schon die einfachste Anamnese hingereicht, den Richter auf die richtige Fährte zu bringen nnd die klinischen Symptome waren derart, dass sie einem Psychiater sicher nicht entgangen wären und zum Theil sogar dem Laien in die Augen springen mussten![4]) Von den 8 Fällen von

[1]) Bei der letzten That als geisteskrank allerdings erkannt, daher keine weitere gerichtl. Untersuchung, aber die frühern Delicte (Vagabundiren) im kranken Zustande begangen und trotzdem bestraft.

[2]) In der Untersuchungshaft erkrankt und sofort hier eingeliefert, frühere Delicte aber sehr wahrscheinlich in geistiger Umnachtung begangen und trotzdem bestraft.

[3]) No. 80 u. 62 hierbei nicht mitgezählt, weil sie schon oben figurirten.

[4]) Vor Kurzem noch ward eine 53jährige, ledige Frau uns zugeführt, ein „Schwachsinn mit Erregung", offenbar schon von Geburt an imbecill, die seit 1863 aber deutlichere Symptome zeigte und vagabundirte, bettelte etc. und deshalb 142 mal bestraft wurde, ohne dass der Verdacht einer Psychose dem Richter etc. aufgestiegen wäre!

Digitized by Google

Todtschlag oder Versuch dazu in seinen verschiednen Formen (No. 54, 57, 58, 67, 76, 80, 85, 98) waren sämmtlich zur Zeit der That krank; davon ward nur 1 nicht erkannt (No. 67), daher bestraft. Von diesen 8 waren 4 acut und chronisch paranoisch, 2 epileptisch, 1 idiotisch und 1 imbecill und hypomanisch.

Was die Psychosen selbst anbetrifft, so zeigten bei der Aufnahme in die Anstalt 15 verschiedene Formen von Manie, 18 solche der Paranoia, 2 Paralyse, 5 Epilepsie mit oder ohne Psychose, 4 hysterisches Irresein und 3 Idiotismus.

Paranoiker, Epileptische und Idioten figuriren speciell bei Todtschlag, Epileptische und Imbecille bei Vagabundenthum, das sehr gewöhnlich mit Diebstahl, Hurerei vergesellschaftet ist.

Von den 16 Vagabundinnen waren nicht weniger als 8 mehr weniger imbecill oder idiotisch!

Züge der primären oder secundären „moral insanity" zeigten deutlich 8 Personen (No. 52, 58, 59, 64, 72, 78, 81, 91); Verbrechernaturen κατ' ἐξοχήν waren, (mit Ausnahme der schon früher in die 1. Kategorie einbezogenen No. 95 und 97) 2: (No. 64, 72).

In der Untersuchungshaft erkrankten 5 Personen (No. 52, 53, 62, 82, 85), davon 3 an Paranoia, 2 an Manie (möglicherweise auch Paranoia gewesen); bei No. 62 datirt aber offenbar die Psychose schon vorher.

Im Gefängniss sind angeblich 2 erkrankt: No. 55 (Dem. paralyt.) und 79 (Paranoia); davon war die erstere sicher schon vorher krank, die andre möglicherweise.

Bezüglich der Ursachen lässt sich nur wenig Sicheres mittheilen. Meist ist nichts angegeben oder es sind offenbar solche Momente hervorgehoben, die mit der Psychose kaum zusammenhängen, oder es liegen verschiedene Ursachen vor, die vielleicht bezichtigt werden könnten. Notirt sind 5 mal Epilepsie, 1 mal liegt wahrscheinlich Lactation zu Grunde, 1 mal Trauma, 3 mal psychische Ursachen. Dass Imbecillität in sehr vielen Fällen den günstigen Boden abgegeben hat, ist sicher, besonders bei den Vagabundinnen. Wer will aber bei den letzteren z. B. die tausenderlei Schädlichkeiten bemessen, welche aus einem dissoluten Leben entspringen und schliesslich das disponirte oder nicht disponirte Hirn zum Fall bringen können?

Auffallend ist, dass Lues und Trunksucht selten erwähnt und

Digitized by Google

jedenfalls als determinirendes Moment kaum nur ein einziges Mal sicher heranzuziehen sind.

Erbliche Momente finden sich bei den 47 Untersuchten sicher wenigstens in 56pCt. der Fälle (mehrfach belastet sind unter diesen 42,1pCt.); die Psychosen (incl. Schwachsinn) figuriren hierbei mit 63pCt., Epilepsie mit 5,3pCt. und Trunksucht 21pCt. In wie weit Verbrecherthum in der Familie bestand, ist so gut wie unbekannt.

III.

Ueber die Zeit der Erkrankung unsrer Sträflinge liegt nicht immer Verwerthbares vor.

Von 40 Personen erkrankten[1]) zwischen dem 1.—6. Monate der Internirung: 16, zwischen $^1/_2$—1 Jahr 10, zwischen 1—2 Jahren 11 und nach 2 Jahren nur 3, eine davon sogar noch nach 5 Jahren.

Wir sehen also, dass die grösste Zahl der Erkrankungen innerhalb des 1. Jahres fällt, bei uns unter 40 Fällen, 26 mal =65pCt.; nach 2 Jahren geschah es nur noch selten. Damit stimmen im Allgemeinen die Angaben von *Delbrück* (26), *Gutsch* (47), *Knecht* (76) und *Kirn* (71) überein; *Reich* (152) sah in 19 Fällen bei den Meisten bereits innerhalb 8 Tagen Ausbruch der Psychose der in Untersuchungshaft oder kurzer Strafhaft Befindlichen, was wohl exceptionell sein dürfte.

Ob bei Frauen die Psychose sich schneller entwickelt, als bei Männern, ist unentschieden, dagegen scheint sie im Allgemeinen in der Isolirhaft bei Männern wenigstens eher auszubrechen, als in der Gemeinschaftshaft.

Die Zahl der früh Erkrankten würde noch grösser sein, wenn Leidenschaftsverbrecherinnen darunter gewesen wären, denn hier wirken Reue, Scham, Ernüchterung, die Entziehung der Familie und der gewohnten Arbeit, die Sorge um die Zukunft etc. oft chokartig, besonders auf Gebildete, so dass bei gegebener Disposition die Psychopathie sich bald zeigt. Bei den Gewohnheitsverbrechern spielen diese Momente aber, wie wir schon sahen, nur eine geringe Rolle.

[1]) Resp. trat die latente Krankheit hervor oder wurde die schon bestehende deutlicher.

Digitized by Google

An sich ist aber klar, dass die verschiednen Morbiditätsmomente bei Disponirten mehr in der ersten Zeit, als später einwirken muss, daher die meisten Erkrankungen im 1. Halbjahr beobachtet werden, und häufiger wieder, ceteris paribus, im Zuchthause, als im Gefängnisse und Correctionshaus [1]).

Hat sich einmal Körper und Geist dem Gefängnissleben adaptirt — und dies geschieht meist in kurzem — so ist fast jede Erkrankungsgefahr ausgeschlossen. Dass die in den Strafanstalten noch leider so häufige Phthise [2]) dieselbe nicht wesentlich erhöht, wird man zugeben müssen, da dieselbe ja meist längere Zeit andauert und gewöhnlich erst im letzten Stadium auf den Geist einwirken kann.

Gehen wir nun zu den beobachteten Formen der Psychosen selbst über, so fällt vor Allem auf, dass von den 53 Kranken 39=73,6 pCt. Paranoiker sind; die übrig bleibenden 14 vertheilen sich so, dass Manie 6 mal vertreten ist und zwar einfache 2 mal (No. 15, 17), periodische 3 mal (No. 39, 95, 97) und circuläre 1 mal (No. 29); epileptische Psychose 7 mal [3]) und Dementia paralytica 1 mal (No. 30).

Melancholie fehlt also vollständig, wunderbarer Weise, da ja nach *Krafft-Ebing* (88) diese Form wohl die häufigste Erkrankungsform überhaupt darstellt; sicher gehört aber ein sehr grosser Theil der unter Melancholie in den Anstaltsberichten etc. geführten Fälle der Paranoia an, wie auch z. B. gewiss die Mehrzahl der von *Gutsch* (38) als Melancholien bezeichneten.

---

[1]) *Kühn* (95) glaubt wohl mit Recht, dass in Correctionshäusern Psychosen viel häufiger als in Zuchthäusern und Gefängnissen sind, weil dort viel mehr Geisteskranke hinkommen als dort; man denke nur an die vielen Vagabunden und Bettler, die psychisch defect sind!

[2]) *Cornet* (Die Tuberculose in den Strafanstalten. Zeitschr. f. Hyg. 1891. Ref. in *Schmidt*'s Jahrbüchern. Juli 1891.) meint, dass eine grosse Anzahl von Sträflingen schon tuberculös in die Anstalt eintrat, da über 50 pCt. der an Phthise gestorbnen Gefangnen bereits in den ersten 2 Jahren der Gefangenschaft gestorben sind.

[3]) Als sicher mit epileptischer Psychose behaftet erscheinen No. 7, 44, 49, als wahrscheinlich No. 32, 42, 46; No. 45 endlich ist mehr als epileptische Reizbarkeit hinzustellen. — Die Krämpfe selbst bestanden seit Jugend auf, oder verschwanden später oder traten überhaupt erst später auf. —

Digitized by Google

Höchstwahrscheinlich befinden sich unter den Manien noch einige der Verrücktheit zugehörige Fälle; leider waren aber die Nachrichten aus dem Strafhause zu unsicher, um einen solchen Schluss ohne Weiteres zu erlauben.

Auffallend könnte es ferner erscheinen, dass nur 1 Paralyse verzeichnet ist, zumal bei unserm Materiale gerade Lues eine ziemliche Rolle spielt und aus den Huren sich der grössere Theil der paralytischen Frauen rekrutirt (*Jastrowitz* 60) [1]). Auch unter den Verbrechern ist ja Syphilis häufig und trotzdem betonen auch dort das seltne Vorkommen der Paralyse Autoren, wie *Knecht* (76), *Kirn* (71), *Leppmann* (100), *Kühn* (95), *Günther* (61), *Sander* (168) etc. Ich möchte diesen Punkt gerade Denen gegenüber speciell hervorheben, die einen sehr engen Connex zwischen beiden Erkrankungen annehmen.

Unsere Paranoiker betheiligten sich an den verschiedenen Delicten ohne sichtbare Prädilection. — Bezüglich des starken Ueberwiegens der Paranoia den gewöhnlichen Insassen der Irrenanstalten gegenüber, könnte man zunächst wohl an ein Spiel des Zufalls denken; wahrscheinlicher aber erscheint es, dass gerade auf dem Boden der körperlichen und geistigen Degenerescenz, wie sie speciell bei Gewohnheitsverbrechern so häufig ist, die Paranoia, eine Krankheit des invaliden Gehirns, die bevorzugte Erkrankung darstellt und die etwa angewandte Isolirhaft nur eine untergeordnete Rolle hierbei spielt. Der Unterschied in der Häufigkeit wird aber sicher nicht mehr so gross sein, wenn man genau die Psychosen in den Irrenanstalten prüft; dann wird man sehen, dass auch hier das Gros meist durch die Paranoia in ihren verschiedenen Formen gebildet wird.

Analysiren wir nun die zugehörigen Fälle, so ist leider oft das Bild zu skizzenhaft, besonders was den Anfang des Leidens betrifft, um verschiedne Unterabtheilungen zu statuiren, ausserdem sind letztere bis heute durchaus schwankende, rein subjective.

Allgemein dagegen angenommen ist die Theilung in hallucinatorische und nicht hallucinatorische Formen.

---

[1]) Auch *Bouchand* (Ueber die relative Häufigkeit der allgem. Paralyse bei Laien und Geistlichen. Annales médico-psychol. 1891, Mai. Ref. *Laehr*'s Zeitschr., 48. Bd. 5. Heft, p. 95*) sagt, dass die Paralyse bei Prostituirten häufig sei.

Digitized by Google

Sehen wir uns daraufhin unsre Fälle an, so finden wir ohne oder nur mit sehr geringfügigen und flüchtigen Hallucinationen behaftet 4 bezeichnet (No. 3, 28, 31, 38), so dass also 35 Fälle = 90,5 pCt. hallucinatorischer Formen übrig bleiben, ein Verhältniss, das wohl auch sonst ähnlich in Irrenanstalten besteht.

Dies spricht direct gegen den vorwiegend nachtheiligen Einfluss der Isolirhaft auf Erzeugung von Sinnestäuschungen, da dieselbe bei unsern Kranken nie oder nur zeitweis in Anwendung kam, doch ist nicht zu leugnen, dass hier bei Disponirten, besonders Gebildeten, Hallucinationen sich eher einstellen können, als sonst, während ceteris paribus bei ungebildeten, stumpfen Elementen die Phantasie hier für gewöhnlich nicht so in Mitleidenschaft gezogen und die geringe Denkfähigkeit dieser Leute durch verschiedne Beschäftigung in der Zelle absorbirt wird.

Als noch am besten charakterisirt hebt sich unter den hallucinatorischen Formen die acute hallucinatorische Verwirrtheit ab, *Meynert*'s (128) Amentia, welche sich meist mit *Mendel*'s (217) „Paranoia hallucinatoria acuta" und *Magnan*'s (117) „délire d'emblée" bei den Entarteten deckt. Sie entsteht bekanntlich meist ziemlich plötzlich, nach kurzem oder scheinbar fehlendem Vorstadium, mit Hereinbrechen gewöhnlich massenhafter Hallucinationen und Illusionen, bedeutender Bewusstseinstrübung und meist tobsüchtigen Gebahren. Die Dauer ist meist eine kurze, die Recidivfähigkeit eine grosse, auch Intensitätsschwankungen häufig und stuporöse Phasen nicht selten. — Das Charakteristische ist hier nach *Meynert* (128) und *Serbski* (184) die mangelhafte Associationsleistung, welche eben die Verwirrtheit erzeugt und Illusionen begünstigt: in 2. Linie die verschiednen Reizerrcheinungen des Bulbus: die Angst, die Hallucinationen (nichtimmer da, während Illusionen nie fehlen), die motorische Entladung (die zum grössten Theile aber schon aus der Angst hervorgeht), die oft sinnlosen Bewegungen, Wortaufzählungen etc. Dunkel oder heller strahlt der Verfolgungs- und Grössenwahn aus den Delirien und öftere Remissionen und Stimmungsänderungen machen sich gern geltend.

Diese Form, welche *Meynert* als eine Form per se hinstellt, und die häufiger bei Frauen sein soll, tritt nun allein auf, oder als Zustandsform sehen wir sie auch in unsern Fällen die gewöhnliche Paranoia einleiten oder in deren Verlauf ein oder mehrere

Digitized by Google

Male auftreten. Vieles, was früher unter Melancholie und Tobsucht beschrieben ward, gehört zum grössten Theile sicher hieher, so z. B. die „specifische (hallucinat.) Isolirmelancholie“ *Schüle*'s (178), die „acute hallucinator. Melancholie“ *Kirn*'s (67), manche Fälle von sogenannter „agitirter Melancholie“ menstruellen Irreseins etc.

Endlich möchte ich unter den übrigen Fällen von Verrücktheit, von der eigentlich chronischen noch eine acutere, öfter heilbare abtrennen, wie sie *Serbski* (184) und *Eickholt* (239) gut schildert, wobei neben Hallucinationen, Wahnideen schneller auftreten, mehr isolirt bleiben, ohne bestimmtes System und die Kranken mehr als sonst afficiren. Da aber fliessende Uebergänge zur chronischen Form existiren, also dem subjectiven Ermessen ein grosser Spielraum gewährt wird, habe ich diese Fälle nicht besonders herausgeschält, um so mehr, als es mir fraglich erscheint, ob sie wirklich, wie *Serbski* meint, principiell von der chronischen Paranoia zu trennen sind.

Das deutliche Bild der Amentia[1]), selbständig oder als Initialerscheinung der Paranoia, finde ich in 11 unserer Fälle = 28 pCt. (No. 2, 7, 10, 11, 14, 16, 18, 27, 33, 35, 50), während sie als Intermezzo noch häufiger erscheint.

Unsere Statistik zeigt also bei vorwiegend angewandter Collectivhaft, dass die acuten Irreseinsformen (fast nur von Paranoia war bei uns die Rede) recht häufige sind, während *Kirn* (67) dieselben fast ausschliesslich in der Einzelhaft auftreten sah; *Delbrück* (24) dagegen keinen wesentlichen Unterschied in der Häufigkeit der Irrseinsformen bei den 2 Haftarten constatiren konnte.

Versuchen wir nun an der Hand des allerdings oft mangelhaften Materials ein kurzes Bild der Verrücktheit bei unsern Kranken zu zeichnen.

Ohne Vorläufer-Stadium dürfte wohl kein Fall verlaufen sein, trotzdem ein solches relativ nur selten angegeben ist. Bei der acuten Verwirrtheit ist es sehr kurz, anscheinend oft fehlend. Körperliche Zeichen treten scheinbar seltner auf, als psychische;

[1]) Ueber die Diagnose „Amentia“ wird man in einzelnen Fällen rechten können, da die Krankengeschichten uns leider öfter im Unklaren lassen, ferner die Abgrenzung von der acutern Form der Paranoia, wie ich glaube, mehr weniger subjectiv ist, ebenso lässt sich streiten, ob man von einer Paranoia mit Anfällen von Amentia oder häufig recinirenden Amentia sprechen will, ob *Kahlbaum*'s Katatonie dazu gehört oder nicht etc.

Digitized by Google

Symptome seitens des Magens mögen öfters sich zeigen, Kopfschmerz ist nur einmal verzeichnet. Das, was die Umgebung zuerst stutzig macht, aber leider meist missverstanden wird und zu Strafen führt, ist die plötzliche Arbeitseinstellung ohne ersichtlichen Grund, offenbar schon unter dem Einflusse abnormer Sensationen oder Sinnestäuschungen; oder die bisher exacte Arbeiterin wird nachlässig, liederlich, renitent, führt wohl auch schamlose Reden, was sie bisher nie gethan, oder, weiter arbeitend oder nicht, verlangt sie plötzlich mündlich oder schriftlich ihre Freiheit und sagt, sie sei unschuldig — dies ist aber selten der Fall — oder endlich sie wird wortkarg, menschenscheu, sieht auf einen Punkt hin oder macht Gesten, blickt wohl auch um sich etc. Die Nächte werden unruhig, besonders durch böse Träume gestört.

Jetzt beginnt die eigentliche Krankheit. Das Gefühl des veränderten Ichs bedingt bei Einigen den Beachtungswahn: „man" hat vor ihnen ausgespuckt, man verspottet, verachtet sie, sieht sie eigenthümlich an, Worte des Geistlichen sind auf sie gemünzt. Schon spielen Sinnestäuschungen mit. Jetzt und in der nächsten Zeit werden sie von den Beamten meist noch nicht als krank erkannt, sondern als Boshafte, eventuell Simulanten behandelt und bestraft, was den Zustand natürlich nur verschlimmert.

Gewöhnlich aber treten sofort Sinnestäuschungen auf und zwar zuerst solche des Gehörs. Entweder — und das ist seltner der Fall und nur anfangs — undefinirbare als „Stimmen", Zischen vor der Thür, „man" oder verkörpert: Leute, Unbekannte oder endlich bestimmte Kategorien von Menschen betreffend, wie Polizeier, Gefängnissbeamte, Mitgefangne etc., womit der eigentliche Verfolgungswahn beginnt; diese Personen verfolgen, verhöhnen sie, theilen Befehle aus und bestimmen dadurch ganz wesentlich ihr äussres Gebahren. Oder obige Kategorien lösen sich weiter in bestimmte Personen auf, die mit Namen genannt werden und oft in der Ferne leben.

Gleichzeitig oder später — immer aber weniger häufig — zeigen sich auch Visionen (schwarze Männer, Teufel, Gott etc.), ebenfalls gern unangenehmer Art, die den Kranken, weil plastischer, mehr aufzuregen im Stande sind als blosse Gehörstäuschungen. Allein, ohne letztere, dürften Gesichtstäuschungen kaum auftreten. Häufiger als sie erscheinen aber die Gefühlstäuschungen, meist

Digitized by Google

gemeinsam mit andern Sinnestäuschungen. Die Eine klagt, man solle sie nicht mit Nadeln stechen, eine Andre hält sich für schwanger, das Bett schwankt, Sand wird in die Augen geworfen, Schmerzen im Hinterkopfe werden durch das Gefühl, als ob Wanzen darin seien, erklärt, das Geblüt sieht wie Wasser aus, die „Herzknochen" treten hervor u. s. w. Darauf beruhen auch die vielen sexuellen Erregungen, die bisweilen zu schamloser Onanie führen. Selten sind Geruch und Geschmack betheiligt; sie sind gewiss nicht selten die Ursache des ziemlich häufig auftretenden Vergiftungswahnes (No. 13, 19, 24, 25, 33, 43), der aber doch nicht so allgemein ist, wie *Reich* (152) meint.

Auf Grund dieser Sinnestäuschungen, besonders des Gehörs, entsteht nun der bekannte Verfolgungswahn, der zunächst deutlich oder mehr verblümt, sich auf die Umgebung und die Beamten bezieht, dann aber auch aussen stehende Personen mit einschliesst. — Dass bei der straffen, unangenehmen Zucht gern die Beamten als Verfolger erscheinen, ist sehr natürlich. Der Gegenstand der Beeinträchtigung und Angst kann wechseln oder stationär sein, es kann auch später mehr weniger deutlicher Grössenwahn zutreten: Eine Kranke hielt sich für von Gott geschwängert, eine Andre vom Inspector; nur eine Einzige für begnadigt etc. Waren sie nun durch den Verfolgungswahn mehr weniger ganz in Anspruch genommen, zu keiner ordentlichen Arbeit mehr fähig und unangenehm, oft ängstlich, so zeigt sich mit dem Auftreten von Grössenideen Hochmuth in Worten, Geberden, Benehmen. Grössenwahn allein ohne Verfolgungsideen dürfte kaum vorkommen, dagegen scheint er bisweilen gleichzeitig, also nicht secundär, mit jenem aufzutreten.

In den wenig schon erwähnten Fällen von nicht hallucinatorischer Verrücktheit — einzelne oder rudimentäre Sinnestäuschungen können mit unterlaufen — war der Verfolgungswahn mehr weniger deutlich, bisweilen auch Grössenwahn vorhanden.

Bei der Amentia endlich treten neben den massenhaften Hallucinationen und Illusionen (oft beide sehr schwer zu trennen!) besonders die Angst, Tobsucht, Ideenflucht, mehr weniger mit deutlichem Verfolgungswahne, und die Bewusstseinstrübung in den Vordergrund und selbst nach Aufhellung der getrübten Psyche konnte noch Beeinträchtigungswahn etc. nachklingen oder als Symptom der

Digitized by Google

bleibenden Paranoia bestehen. Hier wie auch im Verlaufe der gewöhnlichen Form kann es natürlich oft zu den heftigsten Gewaltakten, Selbstmordversuchen, Zertrümmerungen etc. kommen, als Folge der Hallucinationen oder Wahnideen, als sogenannter „Zuchthausknall“; diese oft scheinbar unmotivirte Explosion wird besonders gern verkannt, streng geahndet, noch mehr, wenn solche zeitweilige Entladungen bei scheinbar Intacten, nur Reizbaren — letzteres sind ja die Meisten — sich zeigen, namentlich z. Z. der Menses[1]), wobei jedoch gewiss öfter Sinnestäuschungen eine Rolle spielen; auch an epileptische Ausbrüche ist zu denken, auch sie werden nicht immer erkannt.

Stupor als reine Form sah ich nicht[2]); Anklänge daran finden sich aber in No. 50, welcher Fall wohl aber mehr der *Kahlbaum*schen Katatonie zuzuzählen ist.

Der Verlauf der Paranoia gestaltet sich nun verschieden. Bei nicht Wenigen tritt zu dem früher geschilderten Bilde allmälig das der geistigen Schwäche zu, die bis zum tiefsten Blödsinn[3]) fortschreiten kann. Die Verfolgungs- und Grössenideen berühren dann weniger, verflachen sich, wechseln; die Beziehung derselben zum Ich werden lockrer, es tritt allmälig Verworrenheit, kindisches Gebahren und bei früherer Erregung nach und nach Ruhe ein. Aber noch lange zeigen sich noch Zeiten der Zu- und Abnahme, besonders bezüglich der Reizbarkeit, es treten selbst wieder schwere Erregungen auf, Selbstmordversuche, Unzuträglichkeiten aller Art, bei Vielen mit Zügen von moral insanity verbunden, soweit sie nicht schon vorher da waren und auch das erotische Element wirkt nicht selten mit.

Bei Andern wiederum bleiben nach Ueberführung in die Irrenanstalt die Wahnideen stationär, die Intelligenz sinkt kaum merkbar herab. Bei Einigen verlieren sich scheinbar die fixen Vorstellungen

---

[1]) Die Erregungen bei den Menses sind wohl meist als Anfälle von Amentia sehr abortiver Natur zu bezeichnen.

[2]) *Leppmann* sah sie öfters (mündliche Mittheilung).

[3]) Nach *Rosenbach* (166) sollen Fälle mit symptomatischer Amentia besonders zum Uebergang in Demenz neigen und ausgedehntere und weniger systematisirte Wahnideen aufweisen, was ich im Allgemeinen bestätigen kann.

Digitized by Google

oder treten nur seltner auf, aber die krankhafte Reizbarkeit, Explosibilität bleibt bestehen, so dass sie für die Aussenwelt untauglich sind. Das sind die nicht seltenen Fälle mit acuterem Beginn der Paranoia oder der Amentia. Bei ganz Wenigen endlich — den eben erwähnten Formen angehörig — legt sich auch die Reizbarkeit, so dass sie in das Zuchthaus zurückversetzt (No. 22, 35) oder in eine fremde Irrenanstalt (No. 28) oder in die Aussenwelt und meist als genesen betrachtet werden konnten; immer bleibt aber die Gefahr der Recidive eine grosse, besonders bei schlechter Behandlung im Strafhause. Dass wir nicht mehr Genesene hatten, hängt damit zusammen, dass nur die schlimmsten und anscheinend unheilbaren Kranken hieher kamen, während die leichten Psychosen im Strafhause verblieben und dort heilten.

Die allgemeine Prognose der Psychosen bei Verbrecherinnen wird um so günstiger sein, je rüstiger das Gehirn ist und je acuter das Leiden einsetzt, je leichter es auftritt[1]). Am günstigsten ist sie zweifelsohne bei der idiopathischen Amentia, die ja eine Krankheit des rüstigen Hirns sein soll[2]), die aber, wenn sie kurz und leicht ist, leider gern wiederkehrt, übrigens schliesslich auch in chronische Verrücktheit übergehen kann (*Rosenbach* 166, *Schüle* 178).

Bezüglich der Diagnose bestehen sicher anfangs[3]) gewisse Schwierigkeiten, wie ja auch sonst, besonders im Gefängnisse, wo das geringste Abnorme als Ausfluss von Bosheit aufgefasst wird und sehr häufig Verbrechen und Wahnsinn sich so mischen, dass es schwer zu sagen ist, wo das Eine anfängt und das Andre aufhört. Aber gewiss nur selten bleibt die Krankheit hier stehen; früher oder später tritt das bekannte klinische Bild doch zu Tage und in unsern Fällen, wie die Krankengeschichten lehren, konnte ein Zweifel kaum aufkommen. Verwaschene, unreine Fälle wird man darunter nur wenige finden. Am schwersten ist, wie *Langreuter*

[1]) Cfr. *Langreuter* 99, *Kühn* 95, *Delbrück* 24, *Gutsch* 47, *Kirn* 67, *Sommer* 189, *Schüle* 177, *Günther* 207 etc.

[2]) *Magnan* bezeichnet sein „délire d'emblée" allerdings als die am meisten die Entarteten kennzeichnende Form. Ich glaube, dass die Amentia idiopathisch sowohl bei rüstigem, als auch invalidem Gehirne vorkommt.

[3]) Besonders bei „abortiver" Amentia, z. B. bei den Menses, die oft sehr lange unerkannt bleibt.

Digitized by Google

(99) mit Recht betont, die grosse Zahl der Imbecillen zu beurtheilen, die vor allem der Prophylaxe halber ins Auge zu fassen wären, bei Frauen aber noch schwerer herauszufinden sind, abgesehen davon, das man bei den Gefängnissbeamten gewiss sehr oft hierbei auf Widerstand stossen würde. Für fast unmöglich halte ich die Unterscheidung erworbener von eingeschleppten Psychosen, wo die genaue Anamnese fehlt. Endlich können Verrückte mit dissimulirtem Wahne oder originär Verrückte, ebenso einfache Paranoiker ohne oder nur mit rudimentären Hallucinationen der Diagnose längere Zeit ihrer Umgebung entgehen. In den Irrenanstalten machen nur diejenigen criminellen Kranken die Diagnose schwer — wenn man die Krankengeschichte nicht kennt — bei denen, wie schon früher gesagt ward, keine oder nur seltner Sinnestäuschungen und Wahnideen z. Z. bestehen oder bestanden haben und denen nur neben oft vorhandner, meist angeborner, Schwäche des Geistes grosse Reizbarkeit, Explosibilität eigen ist. Diese weiss man dann nicht recht zu rubriciren und nennt sie gerne verzerrte, verwaschne Fälle.

Ueberschauen wir nun das in Kürze gegebne Bild der Paranoia, so wird wohl jeder Unbefangne den bekannten Symptomencomplex, wie er in unsern Anstalten so häufig ist, ohne Weiteres als solchen wiedererkennen und gewiss etwas für eine „Gefängnisspsychose" Specifisches darin nicht entdecken können.

Bei näherm Zusehen findet man aber freilich einige kleine Abweichungen vom gewöhnlichen Bilde im Vorkommen, Verlaufe etc., die aber nicht durch das Gefängnissleben selbst bedingt erscheinen, sondern in der abnormen Natur der meisten Gewohnheitsverbrecherinnen begründet sind.

Das auffallende Vorwiegen der Paranoia ward schon früher betont und besprochen; dass die hallucinatorischen Formen häufiger vorkommen, als sonst, konnte ich nicht finden, da die Paranoia chronica simplex in den Irrenanstalten bei näherm Zusehen auch gewiss sehr selten sind. Auffallend ist ferner die Zahl der idio- und symptomatischen Amentia; sie scheint entschieden grösser zu sein, als sonst. Dass diese Form meist mit Unrecht der Isolirhaft zugeschrieben wurde, ward schon hervorgehoben. Warum das eine Mal die Verrücktheit sich mehr einschleicht, das andre Mal in so stürmischer Weise beginnt, ist schwer zu sagen. Die Möglichkeit

Digitized by Google

einer Autointoxicationspsychose[1]), besonders hier, im Sinne *Wagner*'s (207) ist wohl nicht ganz abzuweisen. Es kann ferner auffallen, dass scheinbar mehr Fälle der Verrücktheit dem Schwachsinn verfallen, als sonst, was sich aber dadurch gewiss am einfachsten erklärt, dass ein grosser Theil unsrer Kranken mehr weniger schwachsinnig von Geburt an waren, der Schwachsinn also nach Ablauf der aufgepfropften Krankheit wieder zum Vorscheine kam oder gar noch eine Stufe tiefer rückte. Möglicherweise spielt aber auch hier die schlechte Ernährung der meisten Verbrecher von Haus aus, oder im spätern Leben, also auch die des Gehirns, eine gewisse Rolle; und das Leben und die Kost im Gefängnisse trägt schwerlich zur Besserung derselben bei.

Betrachten wir nun das klinische Bild selbst, so bieten die Vorboten nichts Besonderes dar. Auch in den Hallucinationen und den Wahnideen vermag ich nichts Specifisches zu sehen; die Ideen speciell der Unschuld, der ungerechten Verurtheilung, des Begnadigtseins, welche als besonders häufig von *Delbrück* (25), *Gutsch* (47), *Schüle* (17), *Sander* (168), *Sommer* (188), *Kühn* (95) etc. hingestellt werden, konnte ich bei Frauen und Männern nur selten finden. Dass bei Ausbruch des Leidens der Beachtungs- und Verfolgungswahn sich zunächst auf die Umgebung, die Beamten, das Gericht etc. bezieht, kann nicht auffallen. Ja, es ist geradezu merkwürdig, dass so Wenige sich für unschuldig etc. erklärten. Auch die Vertheilung der Sinnestäuschungen ist die gewöhnliche. Vielleicht ist der Grössenwahn etwas seltner als sonst, doch tritt derselbe bei bei den Frauen überhaupt zurück und ist rudimentärer entwickelt, als bei den Männern. Der verwahrloste Charakter der Verbrecherinnen, ihre Provenienz — ordentlichen Familien entstammten, so weit ich sehen konnte, nur die Minderzahl, was auch Andre bestätigen — der stete Verkehr draussen und im Gefängnisse mit andern verworfnen Geschöpfen drückt freilich dem ganzen Gebahren und Ideenkreise unsrer Kranken einen gewissen Stempel auf, der

[1]) *Macpherson* (Manie und Melancholie, in the journal of mental science 1891, April. Referirt in *Schmidt*'s Jahrbüchern. Februar 1892.) glaubt an die Möglichkeit der Entstehung von Psychosen (zunächst der Manie und Melancholie) durch Resorption giftiger Ptomaine und Leucomaine, die sich durch falschen Stoffwechsel im Gehirn gebildet haben. Also gleichfalls Autointoxication!

Digitized by Google

an sich aber nicht specifisch ist. Wie ein Geisteskranker noch sein früheres Wesen, wenigstens theilweis, beibehält — selten dürften die Fälle gänzlicher Verkehrung desselben sein, am ehesten noch bei der Paralyse — so geschieht es auch bei den Verbrechern. Alles riecht hier nach Laster und Verbrechen, ut ita dicam. Wie sie draussen oft genug schon schlecht equilibrirte Geschöpfe waren, reizbar, jähzornig, zu plötzlicher Ausführung von Einfällen sehr geneigt, so verleugnet sich das auch nicht in der Krankheit. Daher die häufigen Ausbrüche blinder Wuth mit Aggression und Zerstörungstrieb, oft ohne ersichtlichen Grund, daher die vielen Züge moralischen Defects u. s. w., was hie und da das klassische Bild unrein erscheinen lässt. Aber einestheils findet man alle diese Nüancen sehr oft auch bei unbescholtnen Kranken vor, anderseits giebt es auch unter den Verbrecherinnen nicht Wenige, die vollkommen frei davon sind.

In Uebereinstimmung mit den Meisten müssen wir also eine specifische Gefängnisspsychose bestreiten und können nur zugeben, dass in sehr vielen, vielleicht den meisten Fällen, der Verbrechercharakter auch hier nicht sich verleugnet.

Das einzig wirklich Auffallende, was wir im allgemeinen Charakter, nicht im speciellen klinischen Bilde der Psychosen bei den Verbrecherinnen fanden, reducirt sich also 1) auf das Vorwiegen der primären Verrücktheit, 2) das relativ häufige Auftreten der idio- und symptomatischen Amentia und ebenso der acuten Paranoia und 3) der relativ häufige Ausgang in Schwachsinn, Eigenthümlichkeiten, die bereits ihre Erklärung fanden, aber sicher nicht hinreichen, um eine specifische Gefängnisspsychose zu construiren, und dies um so weniger, als ja bei einem grossen Procentsatze unsrer Kranken die Psychose vorher schon begonnen hatte, in continuo weiter geführt ward oder im Gefängniss wieder neu aufflackerte, so dass in diesen Fällen eine specifische Einwirkung des Gefängnisses eo ipso ausgeschlossen werden muss. Aber auch das Bild der wirklich erst bei der Strafhaft entstandenen Psychosen ist nicht irgendwie specifisch; besser wäre es daher allgemeiner von „Verbrecher-Psychose“ zu sprechen, was aber, wie wir sahen, auch nicht angeht.

Die psychischen Symptome selbst bleiben im Grossen und

Digitized by Google

Ganzen eben überall gleich, nur der Charakter der Erkrankten bringt oft eine gewisse Färbung hervor, wie erklärlich. Im concreten Falle wird man sich aber sehr irren können und bei unbekannten Vorleben gewiss nur selten in der Lage sein, mit einiger Wahrscheinlichkeit nach dieser Beimischung den Geisteskranken als frühern Verbrecher zu diagnosticiren, was zu pointiren besonders in Hinsicht auf die *Lombroso*'sche Lehre wichtig genug erscheint.

Gern will ich ja zugeben, dass bei Männern sich die Sache vielleicht etwas anders verhält — die meisten Autoren behalten nur diese im Auge — aber auch bei ihnen konnte ich mich, trotz langer Erfahrung, von einer specifischen „Gefängniss- oder Verbrecherpsychose" nicht überzeugen, ebenso wenig, wie aus den Schilderungen der dafür Plädirenden. Wohl mögen Rassenunterschiede auch hier eine gewisse Rolle spielen, aber gewiss nur eine sehr untergeordnete. Auch ist es nicht unwahrscheinlich, dass früher etwas andre Erscheinungen auftraten als jetzt, da ja oft die Beobachtung gemacht wurde, dass im Laufe der Zeiten der Charakter der Psychosen sich änderte, was ja nur der Evolutionslehre entspricht und bei den immer sich schwieriger gestaltenden Ernährungsverhältnissen und den stets wechselnden socialen Grundlagen, Anschauungen und Erziehungsprincipien schon a priori einleuchtet.

Noch weniger Beachtung verdient endlich die Aufstellung einer eignen „Vagabundenpsychose", da unter den Vagabunden alle mögliche Geisteskranken vertreten sind, am meisten Schwachsinnige, Epileptische, Neurasthenische und originär Verrückte. Erkranken sie aber erst im Gefängnisse, so sind auch sie von gewöhnlichen Geisteskranken nicht zu unterscheiden.

IV.

Es fragt sich nun: was sollen wir mit den aus den Gefängnissen uns krank Zugeführten beginnen? Seitdem man auf die häufigen Psychosen in den Strafanstalten aufmerksam wurde, hat man diese Frage unzählige Male ventilirt, ist aber bis heute zu keiner allgemein giltigen Antwort gekommen.

Dass diese Kranken nicht unter den übrigen Sträflingen verbleiben können, wird Niemand bestreiten; es sind ja Kranke, die als Solche auch angesehen und sachgemäss behandelt werden müssen.

Digitized by Google

Das Einfachste wäre nun offenbar die Ueberweisung derselben an eine Irrenanstalt, soweit sie nicht selbst im Krankenhause des Gefängnisses Unterschlupf finden.

Ueber den Schaden, den solche Kranke in einer geschlossenen Anstalt bereiten, gehen aber noch leider die Meinungen mehr weniger auseinander. So sammelten, um nur einige Beispiele zu nennen, schlechte Erfahrungen *Delbrück* (26), *Ideler* (4), *Moeli* (136), die Belgier (191, 234, 235), *Djeekow* (28), *Schrank* (181), *Leidesdorf* (181), *Krafft-Ebing* (181), *Dewey* (27), *Koch* (80); Andre hingegen sehen keinen oder nur geringen Schaden davon, darunter: *Damerow* (21), *Roller* (161, 163), *Westphal* (4), *Legrand du Saulle* (63 b), *Ivanowa* (65), *Sander* (168), *Knecht* (76), *Simon* und *Krohne* (92), *Gudden-Pelman* (145), *Sommer* (brieflich), *Siemens-Zinn* (137), *Neumann* (143), *Kühn* (95), *Reuss* (155) etc.

Verständlich wird dies zunächst, wenn man das so verschiedene Procentverhältniss der Ueberführten zu den übrigen Kranken in Betracht zieht. Während nämlich einige Anstalten relativ sehr wenige solcher Sträflinge hatten, die bei richtiger Vertheilung kaum Schaden stiften konnten, so waren andre wiederum damit sehr belastet und hier erschollen dann in der That bittre Klagen. Weiter ist das Material ein verschiedenes; Verbrecher aus der Provinz sind im Allgemeinen lange nicht so raffinirt und bösartig, wie aus der Stadt, auch sind Affectverbrecher mit den Gewohnheitsverbrechern bezüglich des Verhaltens nicht in Parallele zu setzen. Es wird ferner nicht gleichgiltig sein, ob es sich um Männer oder Frauen handelt; letztere sind im Allgemeinen störender, wenngleich die gefährlicheren Elemente unter Jenen sind. Endlich kommt auch die Grösse der Anstalt, ihr Bauplan, ob geschlossen oder mehr vertheilt, gewisse bauliche Einrichtungen, die Zahl und Qualität des Wartpersonals etc. in Anrechnung. Es sind also, wie wir sehen, eine grosse Menge von Momenten — nur die wichtigsten wurden erwähnt — die bei der Beurtheilung der Frage, ob und inwieweit irre Verbrecher in Irrenanstalten gehören oder nicht, genau erwogen sein wollen, was nicht immer sine ira et studio geschehen ist.

Suchen wir nun an der Hand unsers Materials und unsrer Anstalt ein möglichst objectives Urtheil zu gewinnen.

Die Anstalt Hubertusburg (bei Leipzig) besitzt zur Unterbrin-

Digitized by Google

gung geisteskranker Frauen meist ältere, kasernenmässige Gebäude mit fast durchgehends grösseren Räumen für die 3. Klasse.

Am 1. März 1890 hatten die beiden Abtheilungen A. und B. zusammen 1526 Geisteskranke incl. Epileptische, B. davon allein 1147, darunter 50 Sträflinge d. i. 4 1/8 pCt. Die Anstalt Colditz dagegen, welche nur geisteskranke Männer und Epileptiker aufnahm, hatte mit Zschadrass zusammen am selben Tage 925 Kranke, darunter 70 aus dem Strafhause (1 davon in Zschadrass untergebracht). Da die Colonie Zschadrass an diesem Tage 305 Personen beherbergte, so entfallen auf 620 in Colditz befindliche Kranke 69 Sträflinge = 11 pCt. Das Verhältniss ist also hier wesentlich ungünstiger als in Hubertusburg und es wird wohl wenig Anstalten geben, welche diese Zahl erreichen, gleichwohl machten diese 11 pCt. nicht so viel zu schaffen, wie unsre 4 1/8 pCt., vor Allem weil alle eigentlich gewaltthätigen und gefährlichen Elemente unter den Verbrechern in der Irrenstation zu Waldheim verblieben, was bei den Frauen nicht der Fall war.

Treten wir nun dem Verhalten unsrer 53 Sträflinge näher, so fällt zunächst die grosse Zahl gewaltthätiger Personen auf. Am Ende des Jahres 1890 waren unter 53 nicht weniger als 23 mehr weniger gewaltthätig = 43,4 pCt. [1]); im Anfang ihres Anstalts-Aufenthaltes waren es ausserdem noch 10, die sich aber allmälig so weit beruhigten, dass sie mehr weniger harmlos wurden; zusammen haben wir also 33 Gewaltthätige = 62,2 pCt., eine erschreckende Zahl, die für sich selbst spricht! Gerathen solche Individuen in Streit — und das ist sehr häufig der Fall — so wird ohne Weiteres und schonungslos zugeschlagen; sucht die Wärterin sie bei Scandal aus dem Zimmer oder auf Befehl in eine Zelle zu bringen, so wird auch sie attakirt und selbst der Arzt ist vor ihnen nicht sicher. Alles ist ihnen recht, was sie gerade unter den Händen haben, um ihrer Gewaltthätigkeit zu dienen, was oft zu bösen Verletzungen führt. Mit der Zelle haben daher die Meisten, zeitweilig wenigstens, Bekanntschaft gemacht. Der Grund dieser Gewaltthätigkeit liegt vor Allem in ihrer grossen Reizbarkeit und ihrem maasslosen Egoismus, der jedem Entgegen-

[1]) Hierbei sind auch die mitgerechnet, die nur bisweilen aggressiv wurden.

Digitized by Google

treten gegenüber sauer reagirt, Sinnestäuschungen und Wahnideen mögen auch gewiss manche Aggression auslösen. Bei Manchen tritt dieselbe mehr periodisch auf, gewöhnlich mit Zunahme auch der übrigen krankhaften Symptome, nicht selten zur Zeit der Menses.

Gewöhnlich, aber nicht immer sind diese Kranken zugleich zerstörungssüchtig; z. Z. waren es noch 16, früher weitere 8, zusammen also 24 = 45,3 pCt. Da wurde in der Wuth nichts geschont: Stühle, Geräthe, Bettzeug, die eignen Kleider etc. wurden zertrümmert oder zerrissen, sehr gern waren auch Fensterscheiben das Object des Angriffs. So zerschlugen z. B. No. 37 in 1 Jahre 44, No. 29, 42 Scheiben.

Am unangenehmsten zweifelsohne sind diejenigen mit plötzlich hervortretender, wenig oder scheinbar gar nicht motivirter, impulsiver Wuth („Zuchthausknall"), was in 12 Fällen = ca. 23 pCt. beobachtet wurde (No. 3, 6, 10, 16, 18, 24, 29, 37, 41, 46, 47, 48). Das Unglaublichste hierin lieferte aber die Kranke M. (No. 29), welche nach angeblichen Kränkungen geringfügigster Art maasslos in die Höhe fuhr, blass im Gesicht wurde, mit cyanotischen Lippen, zitternd am ganzen Leibe dastand und im Nu ihr Zerstörungswerk vollführte; die kräftigsten Pallisadenstangen wurden wiederholt zerschlagen, 4 mal der Ofen attakirt, darunter einmal ein neuer total zertrümmert, sogar der eiserne Kasten desselben demolirt, die Fensterscheiben sammt Rahmen, klein gemacht, so dass die Zelle einem Ruinenfelde ähnlich sah. Dieser wahrhaften Bestie gegenüber musste man zum Aeussersten schreiten, Zwangsjacke und darüber noch Lederzeug anlegen, was Beides aber von ihr öfter total zersprengt ward. Dass sie den Pflegerinnen auf das Schlimmste mitspielte, die Oberpflegerin ohrfeigte u. s. f., versteht sich von selbst.

Die allen gewaltthätigen Handlungen zu Grunde liegende erhöhte Reizbarkeit (mit oder ohne Beeinflussungen von Sinnestäuschungen oder Wahnideen), welche sich aber auch nur in gemeinem Schimpfen austoben kann, zeigte sich blos anfangs in 6, auch weiterhin in 35 Fällen, also zusammen in 41 = 77,3 pCt.

Blosses Schimpfen, oft ordinärster Art, zeigten nur früher 3, auch weiterhin 30 Personen, also zusammen 33 = 62,2 pCt. Auch sexuelle Anspielungen sind beliebt; Niemand bleibt davon verschont.

Digitized by Google

Die vielen Huren können eben ihr Metier nie ganz verleugnen, womit auch der häufige Erotismus in Blick, Geberden, Gebahren, in Zoten und leichtfertigen Liedern, zusammenhängt. Ja, auch die Aberratio sexualis war zu notiren, wenigstens standen No. 6 und 30 dringend im Verdacht der lesbischen Liebe, was ich sonst nur einmal sah. Bemerkt sei aber ausdrücklich, dass eine Minderheit nie in Wort und Wesen sich gemein zeigte.

Simulation verschiedner körperlichen Krankheiten fand sich weiter in 8 Fällen vor = 15 pCt. (No. 4, 16, 21, 23, 31, 32, 39, 97) und zwar oft in raffinirtester Weise. Wiederholt hatten in der Untersuchungshaft Psychose simulirt No. 4 und 16; No. 16 befleisste sich bei uns ausserdem eines Mutacismus, der, wenn nicht hysterisch, höchstwahrscheinlich simulirt ist, da Pat. einige Male laut geschimpft haben soll; No. 21 tauchte höchstwahrscheinlich einmal das Thermometer in heissen Kaffee, um Fieber zu simuliren, No. 31 täuschte Blutspucken, No. 32 z. T. Krämpfe vor; No. 39 suchte durch Auflegen reizender Blätter ein Eczem am Unterschenkel zu erzeugen und No. 97 stach sich mit der Stricknadel wiederholt in das Zahnfleisch und in den weichen Gaumen, saugte das Blut an und simulirte so Haemoptoe.

Das leichte und heftige Aufbrausen, das Fehlen oft jeden ethischen Haltes, macht es weiterhin erklärlich, dass 5 Kranke (No. 6, 21, 46, 29, 97) = 9,4 pCt. einmal oder wiederholt Selbstmordversuche machten, bald durch Erhängen, bald durch Trinken von Petroleum, Einschlagen von Fensterscheiben, um sich die Pulsadern zu öffnen etc.; meist war es aber blos Comödie, da entweder die Schlinge zu locker geschlungen war oder aber der Versuch zu einer Zeit unternommen wurde, wenn die Visite stattfinden sollte.

Wenn nun auch bei Geisteskranken, besonders Epileptikern und Wahnsinnigen viel unangenehme, unruhige, reizbare, gewaltthätige Elemente sich vorfinden, so dürfte doch eine solche Häufung schwer trätabler Personen gewiss sehr selten sein. Die Impulsiven sind ja unter den Paranoikern und Epileptikern sicher nicht selten, aber doch nicht annähernd in dem Procentsatze wie dort; aber auch der Grad der Heftigkeit dürfte selten erreicht werden. Bei unsern unbescholtnen, chronischen Geisteskranken sind ferner Selbstmord und Selbstmordversuche, sowie Simulation recht selten;

Digitized by Google

so kamen z. B. in Colditz bei ca. 900 Kranken (Männer) 1889 ein, 1890 und 1891 je 2 Selbstmordversuche vor.

Geschah nun schon durch obige böse Eigenschaften der Criminellen viel Störung im Anstaltsgetriebe, so wurde die stete Aufmerksamkeit des Wartpersonals noch mehr durch die Neigung dieser Kranken in Anspruch genommen, sich zusammenzurotten, hier und da Complotte zu schmieden, Intriguen anzuspinnen, die andern Kranken in ihrer Unzufriedenheit zu unterstützen, unter sich und gegen die Vorgesetzten aufzuhetzen etc., was freilich die zarten Freundinnen nicht hinderte sich ebenso schnell zu entzweien, auf einander zu schimpfen, loszuschlagen, um in der nächsten Minute aber eventuell sich wieder zu versöhnen. Im Garten trifft man mit Vorliebe die Sträflinge zusammen Arm in Arm, auf dem Corridore desgleichen, sie kennen sich vom Gefängnisse her, tauschen ihre Erinnerungen aus und fühlen sich ganz en famille. Die Hauptgefahr solcher Conventikel[1]) liegt aber in der möglichen Besprechung von Flucht.

Flucht und Fluchtversuche überhaupt wurden von 4 Frauen = 7,5 pCt. unternommen, wobei Eine (No. 97) allerdings nur von der Meierei in die Anstalt lief. Sie wurden bisweilen in der raffinirtesten Weise geplant und z. T. ausgeführt; mehrmals wurde die Ausführung aber rechtzeitig entdeckt. Stehlen und Verstecken von Schlüsseln spielt eine Hauptrolle; No. 30 hatte sich heimlich sogar eine Art von Männercostüm zurechtgemacht und Sachen von der Wärterin gestohlen.

In der Anstalt B. fand 1888 bei einer Krankenzahl von 1050—1100 keine einzige Entweichung oder Fluchtversuch statt. 1889 bei einer Krankenzahl von 1050—1100: 2 Entweichungen und 6 Fluchtversuche; 1890 bei einer Krankenzahl von 1100—1150: 3 Entweichungen und 11 Fluchtversuche. Man sieht, diese Zahlen sind im Ganzen geringfügig und die meisten dieser Fälle betrafen zudem Criminelle.

Den Abstand im Charakter sehen wir sehr bedeutend bei den Vorbestraften (unsre II. Kategorie), die im Allgemeinen nicht sehr von den unbescholtnen Kranken abweichen, trotzdem manche

[1]) Complotte unter den gewöhnlichen Geisteskranken sind sehr selten: ich sah nie dergleichen.

Digitized by Google

Gewohnheitsverbrecherinnen darunter waren. Es zeigten sich nämlich unter den 47 hiehergehörigen: gewaltthätig (früher oder jetzt noch) 18 Personen = 40 pCt., zerstörungssüchtig (früher oder jetzt noch) 9 = 19,8 pCt., mit Wuthausbrüchen behaftet 3 = 6,6 pCt., gemein 4 = 9,0; faul (ganz oder theilweis) 25 = 53 pCt.; Flucht oder Versuch dazu (unter 45) bei 3 = 6,6 pCt. Man vergleiche damit die früher mitgetheilten Ziffern.

Dass durch alle diese üblen Eigenschaften die Sträflinge zunächst beim Wartpersonal, aber auch beim Arzte verhasst sind, ist leicht entschuldbar. Es ist daher der Wärterin oft kaum zu verargen, wenn sie jene nicht immer mit Glacéhandschuhen anfasst. Aber auch bei den Kranken machen sich die Corrigenden missliebig, jene beklagen sich nur zu oft über sie, mehr wegen ihres hässlichen Charakters, als wegen ihrer Provenienz aus dem Zuchthause etc., besonders aber, weil sie unter dem strengen Regime, das oft gegen die Züchtlinge in Anwendung kommt, mitleiden.

Aber selbst bei sonst harmlosen Sträflingen zeigt sich nur zu oft ein fehlender, angeborner oder erworbner, ethischer Defect in verschiedenster Weise, was die übrigen Mitkranken z. T. sehr wohl empfinden. — Im Ganzen sind sie mit Allem unzufrieden, wollen immer etwas Apartes haben, drängen sich gern bei Vergnügungen vor, lügen oft wie gedruckt, verlangen für sich alle Schonung und alles Recht, sind aber die ärgsten Splitterrichter Andern gegenüber; nicht selten sind sie stehlsüchtig, spielen gern allerlei Possen, necken, sind meist undankbar, neidisch, eifersüchtig, vergnügungstoll und nicht selten auffallend putzsüchtig, was bei den vielen Huren jedenfalls nicht auffällt.

Ueberall tritt der krasse Egoismus zu Tage, das „primäre Ich" *Meynerts*, das vorwiegend bulbäre Leben im Sinne des grossen Wiener Psychiaters, während ihnen altruistische Gefühle, das erweiterte, secundäre Ich, mehr weniger fremd sind.

Ausnahmen kommen selbstverständlich vor und die Anhänglichkeit, die sie oft für eine ihrer Mitschwestern aus dem Gefängnisse, aber auch sonst, zeigen, ist rührend, oft genug freilich übertrieben, pathologisch und leicht in das Gegentheil umschlagend. Auch ist die Dankbarkeit nicht immer ausgeschlossen; sie können ferner sogar zeitweis aufopfernd und selbstlos sich zeigen.

Digitized by Google

Waren nun die Meisten schon in der Freiheit wenig zu fleissiger, geordneter Arbeit geneigt und beugten sie sich im Strafhause nur der strengen Zucht und Strafe, so geben sie sich in der Irrenanstalt wieder gern dem dolce far niente hin. Von unsern 53 Frauen waren zeitweis oder stets faul 30 = 56,6 pCt. Wenn wir nun bedenken, dass die Wenigsten wirklich verblödet sind, im Gegensatze zu so Vielen unsrer andern Kranken, so ist dies ein abnorm hoher Procentsatz, der sich aber durch Obiges hinreichend erklärt.

Durch Anführen von zahlreichen Zahlenangaben wollte ich dem Vorwurfe des Uebertreibens vorbeugen. Uebrigens demonstriren die Krankengeschichten hinreichend das Gesagte. Legen wir aber selbst einen strengen Maassstab an, so müssen wir doch sagen, dass ca. $^1/_3$ unsrer Kranken störende Elemente waren.

Als ich noch nicht diese Zahlenzusammenstellungen gemacht hatte — die freilich der Subjectivität nicht entrathen und nur einen allgemeinen Einblick in das Innere dieser Leute geben sollen — war auch ich in zu günstigem Urtheile befangen, da die einzelnen Episoden bei der Gesammtzahl der Kranken nur zu leicht vergessen oder übersehen werden. Parallelzahlen aus dem Leben der Unbescholtnen habe ich nicht gegeben, weil ja jeder Leser leicht aus seiner Erfahrung eine oberflächliche Schätzung vornehmen kann.

So lange nun die Vertheilung der Criminellen eine möglichst gleichmässige war, traten Nachtheile weniger hervor; erst als man gezwungen wurde, sie enger zusammenzulegen, begann das Lamento und oft genug vermochten 2 oder 3 solcher Kranken eine ganze grössere Station in Unruhe und Aufruhr zu versetzen, wie der Hecht im Karpfenteiche. Auch die nächtliche Ruhe ward dann gern gestört. Schon der Timbre der Stimme dieser Personen hat nicht selten etwas Brutales, Heiseres, Schreiendes an sich, wie es ja gern gemeinen Charakteren eignet. Jede Oberpflegerin, jede Stationspflegerin sträubte sich, eine Züchtlingin unter ihre Pflegebefohlnen aufzunehmen, da sie für die Ruhe der Station mit Recht fürchtete und auch die Aerzte suchten, so viel als möglich, diese unangenehmen Gäste von ihrer Abtheilung abzuschieben.

Warum in Colditz weniger Nachtheile beobachtet wurden, trotz

Digitized by Google

einer fast dreifachen Zahl von Sträflingen, ward schon erklärt. Nicht zu vergessen ist hierbei auch, dass bei Männern im Allgemeinen Reizbarkeit, impulsives Wesen seltner sein dürften, als bei Frauen, ebenso auch das Keifen, Zanken, Schimpfen, was ja das Genus femininum so oft verunziert.

Ich glaube durch obige Darlegungen hinreichend bewiesen zu haben, dass die geisteskranken Verbrecherinnen, wenn sie in stärkrer Zahl vorhanden sind und nicht ausgiebig vertheilt werden können, unangenehme Elemente darstellen und es unter solchen Umständen den Vorständen von Irrenanstalten kaum zu verübeln ist, wenn sie der ungebetnen Gäste gern sich entledigen möchten, zumal die Behandlung der übrigen Kranken darunter sichtlich leidet und das Princip der freien Behandlung sehr erschwert wird, abgesehen von materiellem Schaden, unverhältnissmässig vergrösserter Zahl des Wartpersonals, vermehrter Arbeitsleistung etc. — Wie ist dem nun in einer für alle betheiligten Kreise zweckentsprechenden Art und Weise am besten abzuhelfen?

Die interessante Geschichte der daraufhin zielenden Bestrebungen findet man am ausführlichsten bei *Kirn* (71), *Langreuter* (99), *Ribstein* (158), *Moeli* (138) und *Sander* (168) geschildert.

Nur 3 Wege stehen uns eigentlich offen: 1) Errichtung von Centralanstalten, 2) von Irrenstationen an Strafanstalten, als Adnexe derselben und 3) eigne Adnexe an Irrenanstalten.

1) Centralanstalten könnten nur für grosse Reiche, z. B. Preussen, in Frage kommen und dürften wegen der schweren Behandlung dieser Menschen nicht grösser als für 2—300 Kranke hergestellt sein; für Preussen würde 1—2 solcher Anstalten genügen, wenn man die harmlosen Elemente anderweit unterbringt. Die Einrichtungen müssten andre als in Broadmoor sein, das sich nach den meisten Angaben wenig bewährt und ausserdem verbrecherische Irre enthält, die gar nicht hingehören. Eine solche Anstalt mit dem ganzen Verwaltungsapparate ist aber sehr kostspielig; der Transport der Geisteskranken würde oft ein sehr weiter, daher eventuell schwieriger werden und sicher dürften sich wenig Aerzte finden, die nur mit solchen Kunden zu thun haben möchten. Für ein solches grösseres Etablissement ist es aber ferner gewiss schwer, geeignetes, sichres Wartpersonal zu bekommen, das ausser-

Digitized by Google

dem speciell hoch bezahlt werden müsste und trotzdem wahrscheinlich noch schneller wechseln würde, als in den gewöhnlichen Irrenanstalten.

Die ersten Centralanstalten waren die zu Dundrum (Irland, 1850), Auburn (New-York, 1859) und Broadmoor (1863). Diese Versuche sieht *Krohne* (93) als gescheitert an und verschiedne Autoren (*Bejanoff* 97, *Hasse* 53, *Ribstein* 158, *Pelman* 144) sind wenig, insbesondre von Broadmoor, begeistert.

Trotzdem sind solche für Italien projectirt (*Reuss* 155) und dort bereits eine solche 1886 in Montelupo und Aversa errichtet; besonders plädiren aber dafür Franzosen und Belgier (191), aber nur wenig Deutsche. Cfr. *Billod*, *Lunier* 63 b, *Djukow* 29, *Brierre de Boismont* 17, *Schäfer* 172, *Semal*, *Lentz* (183, 234, 235), *de Boeck* (223).

2) Irrenstationen an Strafanstalten sind schon mehrfach eingerichtet, zuerst in Perth (1865) und in Deutschland vorab in Waldheim (1876). Sie haben sich im Ganzen recht gut bewährt, namentlich in neuester Zeit (Moabit 1888), doch sollten sie nicht zu klein sein, müssen verschiedene Räume haben, die eine Differenzirung der Kranken zulassen und womöglich auch Garten und etwas Feld zu geeigneter Beschäftigung haben. Der Arzt ist selbstredend ein Psychiater; er kann zu gleicher Zeit auch Gefängnissarzt sein, um mehr Abwechslung und grösseres Material zu Studien zu haben. Von dem Adnexe würden aber auch die Gefängnissbeamten profitiren und die Gefangnen anders beurtheilen und behandeln lernen.

Die Irrenstation stellt eine kleine Irrenanstalt dar; sie muss nur fester gebaut sein, der vielen Gewaltthätigen und Fluchtverdächtigen halber. Sie liegt im Rayon der Strafanstalt; die Verwaltung ist keine gesonderte und wenn die Kranken auch als solche angesehen und behandelt werden, so stehen sie doch unter strengerer Zucht, als in gewöhnlichen Irrenanstalten, was sicher nichts schadet. Zu betonen ist freilich immer, dass ein psychisch erkrankter Züchtling seine Züchtlings-Qualität verliert, daher anders zu behandeln ist, als zuvor, was doch zu gleicher Zeit Ernst und Nachdruck nicht ausschliesst.

Aus dem Adnexe können die Genesenen ohne Schwierigkeit wieder in die Hauptanstalt zurückversetzt oder eventuell — bei

Digitized by Google

abgelaufener Strafzeit — entlassen werden. Chronische Fälle mit abgelaufener Strafzeit sind natürlich weiter zu behalten und nur, wenn sie harmlos geworden sind, kann man sie, wenn es an Platz mangelt, an Irrenanstalten abgegeben. — Es sind aber nicht blos die wirklich geisteskrank Gewordnen in die Adnexe aufzunehmen, sondern auch die zu Beobachtenden, die Simulanten, vielleicht auch, soweit der Platz reicht, die vielen psychisch Defecten, bei denen im Gefängniss der Ausbruch von Irrsinn eher zu gewärtigen ist, als bei Andern. Verbrecherische Irre, d. h. solche, die z. Z. der letzten That bereits erkrankt waren, gehören aber nicht hieher, wenn es nicht etwa sonstige Gewohnheitsverbrecher sind, und dies zwar aus Zweckmässigkeitsgründen, wegen der ihnen so oft anhaftenden schlimmen Eigenschaften.

Solche Adnexe an Strafanstalten bestehen bereits in Deutschland, Schottland, Frankreich und Italien. Es plädiren dafür speciell *Baer* (4, 5), *Mendel* (3, 146), *Westphal* (3), *Sommer* (188), *Leppmann* (173), während *Knecht* (76) von der Waldheimer Einrichtung, die er selbst ins Leben geschaffen, wenig entzückt war, was aber nur an der Kleinheit der Anstalt lag. Für dies System sprach sich 1874 die Versammlnng deutscher Strafanstaltsbeamten aus, ebenso 1875 der Verein deutscher Irrenärzte (*Moeli* 138).

3) Eigne Adnexe an Irrenanstalten. Ein solches nur durch festere Bauart von gewöhnlichen Baracken ausgezeichnet, ward bisher bei uns nur in Dalldorf für die sogenannten „wilden Männer“ errichtet, während die harmlosen Criminellen überallhin vertheilt sind; hier werden die Kranken im selben Geiste behandelt, wie die Uebrigen, nur etwas strenger und das Wartpersonal ist ein besonders ausgesuchtes. Die Einrichtung hat sich im Ganzen gut bewährt und dadurch sind in der Hauptsache die früher erwähnten unangenehmen Seiten fast beseitigt worden. Man könnte dahin recht gut alle wirklich störenden Criminellen bringen, nicht blos die geradezu gefährlichen Elemente, um so die Hauptanstalt noch mehr zu reinigen und zu entlasten.

Solche Adnexe befinden sich seit längrer Zeit im Bicêtre und in Bedlam, sollen sich dort aber nach *Ribstein* (158) nicht bewährt haben, was wohl an der mangelhaften Einrichtung liegen mag. *Roller* (163), *Danilo* (22), *Knecht* (77), *Moeli* (137), *Reuss* (155) und Andre empfehlen dies System mehr oder minder und

Digitized by Google

Kirn (briefl. Mittheilung) bezeichnet dasselbe als das beste für Deutschland.

Einige wollen die Strafgefangenen in Adnexen von Straf- oder Irrenanstalten untergebracht wissen (*Damerow* 21, *Krafft-Ebing* 90); *Delbrück* (26), will sie überhaupt aus der Irrenanstalt heraus haben, ohne aber über eine anderweite Unterkunft sich auszusprechen, während *Sander* (168) die Irrenanstalt auch ohne Adnexe für genügend hält.

Als ein 4. System endlich kann man die Irrenabtheilungen an sogenannten „Hilfsstrafanstalten" oder Invaliden-Gefängnissen bezeichnen, wie solche in England (*Woking* 1874, Parkhurst) als lunatic divisions derselben bestehen; eine ähnliche Einrichtung bestand bei uns einige Jahre lang in Bruchsal. Dafür scheint man aber in Deutschland wenig zu schwärmen. Es treten dafür vornehmlich ein: *Gutsch* (48), *Ribstein* (158), *Knecht* (77) und *Schäfer* (172).

Schon das bisher Gesagte zeigte, wie sehr noch die Ansichten schwanken, was auch darin seinen Ausdruck findet, dass England, Frankreich und Italien sich bisher nicht ausschliesslich nur eines Systems bedienten (*Moeli* 138)!

Wollen wir nun am Schlusse unsere eigne Stellungnahme in dieser Sache präcisiren, so glauben wir vor Allem, dass die mehr weniger Harmlosen oder harmlos Gewordnen auf alle Fälle der Irrenanstalt verbleiben können; sie stören nicht bei richtiger Vertheilung und Behandlung, Der Standpunkt, dass bestrafte Geisteskranke nicht mit unbescholtnen zusammenleben sollten, scheint mir ein verfehlter zu sein. Auch die Juristen (z. B. *Reuss* 155) sagen, dass mit eintretender Psychose der Sträfling den Charakter als solcher verliert und nur als Kranker zu betrachten ist. Der Sträfling ist ebenso krank, wie der Unbestrafte und der Charakter als Sträfling, wenn das Benehmen sonst kein anstössiges ist, erscheint ziemlich irrelevant und dies um so mehr, als, wie wir schon sahen, eine grose Reihe unsrer Kranken mit Unrecht bestraft war. Auch in jedem andern Krankenhause liegen gewiss genug früher Bestrafter neben Unbeschottnen, ohne dass je danach gefragt würde und wenn es bekannt sein sollte, so werden sie nicht abgesondert. Auch klagen in den Irrenanstalten die Kranken selbst nur dann über die Züchtlinge, wenn letztere sich ungebührlich

Digitized by Google

getragen und die Frauen thun dies häufiger als die Männer. Es giebt hier und in Colditz manche Stuben, wo weder Kranke noch Wärterin wissen, dass Die oder Jene dem Gefängnisse entstammte. Und gar blos Solche in odium zu nehmen, die dorther kommen, während manche unsrer übrigen Kranken auch früher einmal bestraft waren, ist irrationell, zumal ja nicht alle Criminellen Gewohnheitsverbrecher zu sein brauchen, und Manche schon während der ersten Strafe im Gefängniss erkrankten; auf die Vielen mit Unrecht Bestraften ward endlich schon oft genug hingewiesen. Ausserdem sind bekanntlich viele unbescholtne Geisteskranke gefährlicher, gemeiner und unsittlicher, als viele Sträflinge. Das Publikum selbst wird allerdings meist remonstriren; hier müsste Belehrung eintreten. Bei allzugrossem Widerwillen bliebe freilich nichts übrig, als auch die harmlosen Züchtlinge apart zusammenzulegen.

Von den geschilderten 3 Hauptsystemen erscheinen die sub 2 und 3 als die billigsten und einfachsten; ich neige am meisten dem 2., dem Adnexe an Strafanstalten zu und zwar nur an grösseren. Hier sind, glaube ich, die Bedingungen am günstigsten und natürlichsten, und dies sollte das System der Zukunft werden und kann für kleinere Staaten z. B. Sachsen fast allein in Frage kommen.

Speciell ist aber noch hervorzuheben, dass der Arzt hier möglichst freie Hand haben muss und nicht so gebunden, wie *Krohne* (93) es will.

Endlich bleibt uns noch übrig Einiges über die Behandlung von Criminellen in Irrenanstalten zu sagen. Sie verlangt mehr Nachdenken und pädagogisches Geschick als bei den übrigen Kranken; *Sander* (168) giebt hierfür vorzügliche Directiven. Das oberste Princip ist die zweckmässige Vertheilung, besonders der bösen Elemente. Man muss sie zu trennen suchen, so dass sie absolut nicht miteinander verkehren können, womöglich auch nicht bei der Arbeit. Sodann sind die Wärterinnen anzuweisen dieselben stets im Auge zu behalten, besonders wegen der Fluchtversuche und der onanistischen Gelüste, aber streng ist es ihnen zu untersagen, den Kranken das Zuchthaus vorzuwerfen, was leider nur zu oft geschieht; ja sie sollen nicht einmal ihren andern Kranken mittheilen, dass Jene aus der Strafanstalt kommen. Passende Arbeit — besonders wird von ihnen Gartenarbeit begehrt — strenge

Digitized by Google

aber freundliche Behandlung seitens des Arztes und des Wartepersonals, vollkommene Gerechtigkeit, Rücksichtnahme auf berechtigte Wünsche, aber keine Nachgiebigkeit gegen Launen, wird oft gute Erfolge erzielen. Man wird auch Unterschiede machen, je nachdem es sich um Affect- oder Gewohnheitsverbrecher, Gebildete oder Ungebildete handelt. Man darf ferner das no-restraint hier nicht auf die Spitze treiben wollen; es giebt Individuen, bei denen eventuell Douchen oder Zwangsmittel kaum zu umgehen sind (cfr. No. 30) und ohne gewisse Disciplinarstrafen (natürlich kein Prügel!) kommt man oft beim besten Willen nicht aus. Alle diese unangenehmen Nöthigungen fallen nun weg, sobald die Störenfriede irgendwie abgesondert sind. Die Harmlosen fallen unter den Andern nicht auf; sind Letztere aber trotzdem zu empfindlich, so wird man Jene mehr unter die Verblödeten versetzen.

Wichtig ist weiter die heikle Frage, was aus denen werden soll, deren Strafzeit abgelaufen ist und welche soweit hergestellt oder harmlos geworden sind, dass, wären sie gewöhnliche Geisteskranke, sie ohne Weiteres zur Entlassung kommen würden.

Sie werden leider nur zu oft bis an ihr Lebensende zurückgehalten, weil Jeder sich sträubt sie aufzunehmen, und weil, wenn draussen etwas passirte, ein ganz andrer Lärm geschlagen würde, als bei unbescholtnen Kranken. Dies ist entschieden ungerecht, da sie, sind sie einmal geheilt oder harmlos geworden, eigentlich nichts mehr in der Irrenanstalt zu suchen haben. So kommt es denn, dass viele unsrer Kranken lieber ins Zuchthaus zurückkehren wollen, statt im Irrenhause zu bleiben, weil sie wissen, dass sie dort nach Ablauf der Strafzeit sicher in die Freiheit gelangen, hier aber nicht so leicht. Wie man ferner einen im Lazaret des Gefängnisses körperlich Erkrankten nach Ablauf seiner Strafzeit, wenn der Transport es irgendwie gestattet, entlässt, so sollte ein Gleiches nicht blos mit den im Irrenhause geheilten irren Verbrechern stattfinden, sondern auch, wo nur „relative“ Genesung bei gänzlicher Harmlosigkeit des Patienten sich ergeben hat, wie wir ja auch verblödete, harmlose Geisteskranke entlassen, trotzdem wir nie eine absolute Garantie für die fernere Harmlosigkeit übernehmen können. Der Nonsens aber einer verschiednen Beurtheilung zeigt sich besonders darin, dass ja, wie wir sahen, so viele

Digitized by Google

Strafgefangne zur Zeit der letzten That wenigstens geisteskrank waren, also billigerweise nicht anders zu beurtheilen sind, als andre, sogenannte unbescholtne Geisteskranke. Dass man natürlich mit den Begriffen „genesen“ und „harmlos“ bei geisteskranken Sträflingen besonders gewissenhaft sein muss, versteht sich von selbst, ändert aber nichts am Principe. Auch Beurlaubungen solcher Kranker fallen unter denselben Gesichtspunkt, wie bei den übrigen Kranken. Will man freilich ganz radikal verfahren, so müsste man die *Lombroso*'sche Ansicht aussprechen, die schweren Verbrecher und Gewohnheitsverbrecher ewig zu interniren, um die Gesellschaft zu schützen; wo sollten aber dann die Räume dazu beschafft werden, wenn jetzt schon die Gefängnisse überfüllt sind? Dann auch wäre es sicher die Aufgabe der Strafanstalten, geheilte oder harmlos gewordne irre Verbrecher weiter zu verpflegen, und nicht die der Irrenanstalten, da letztere nie und nimmer zu diesen Diensten sich hergeben sollten.

Endlich müsste auch die öffentliche Rehabilitirung unschuldig Bestrafter, weil die Psychose als zur Zeit der letzten That bestehend nachträglich nachgewiesen wurde, seitens des Staates ernstlich ins Auge gefasst werden, was besonders für die Familie des Erkrankten überaus wichtig ist. Dies setzt aber voraus, dass nicht nur der Leiter der Irrenstation am Gefängnisse, sondern auch der Strafanstaltsarzt, wenn nicht beide Functionen in einer Hand ruhen, psychiatrisch gebildet ist, um schon bei der Aufnahme des Inculpaten den geistigen Zustand richtig beurtheilen und jede weiterhin sich entwickelnde Geisteskrankheit im Beginne bereits richtig erkennen und behandeln zu können. Besser freilich wäre es noch, wenn nicht bei jedem Delicte überhaupt, so doch wenigstens bei oft wiederholten oder schweren Verbrechen, stets einen Sachverständigen in foro zu Rathe zu ziehen, ferner die Behörde anzuhalten, für die Aktennotizen der Verbrecher möglichst genaue Recherchen anzustellen, welche auch auf den physischen und psychischen Zustand des Delinquenten und seiner Familie sich zu erstrecken haben und bis jetzt leider so trostlos unzureichend sind, damit gleich von vornherein der Richter wichtige Fingerzeige in Händen habe, die er aber erst dann wird richtig verwerthen lernen, wenn er schon auf der Universität mit den Elementen der Psychiatrie, criminellen Anthropologie

Digitized by Google

und Sociologie bekannt geworden ist, und zwar obligater Weise, am besten auch als Examenfach. Diese Forderung ist mehr weniger von Vielen, auch erleuchteten Juristen als durchaus nothwendig anerkannt worden, z. B. von *Magnan* (117), *Pugliese* (97), *Francotte* (37) etc. und ein ähnlicher darauf hinzielender Wunsch ist nicht nur dem internationalen Congress für criminelle Anthropologie in Paris (1889) vorgelegt und angenommen worden, sondern ein Gleiches geschah auch auf dem Congresse zu Brüssel (1892).

Den anthropologisch-biologischen Antheil an meinem Thema behalte ich mir für einen besonderen Aufsatz vor, dessen Literaturverzeichniss auch für die vorliegende Arbeit Geltung hat.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens zu Hannover am 2. Mai 1892.

Zu der um 4 Uhr Nachmittags beginnenden Sitzung hatten sich nachgende Herren eingefunden: *Berckhan*-Braunschweig, *Bockhorn*-Hildesheim, *ndes*-Hannover, *Gellhorn*-Theresienhof, *Gerlach*-Marienthal, *Gerstenberg*-ldesheim, *Hemkes*-Wehnen, *Hesse*-Ilten, *Kremling*-Walsrode, *Lüttich*-Hanver, *Nicol*-Hannover, *Roller*-Brake, *Schröder*-Eickelborn, *Snell* jun.-Hildesim, *Tannen*-Hannover, *Tannen*-Hildesheim, *Völker*-Hildesheim, *Wagemann*-ngerich, *Wulff*-Langenhagen.

Zum Vorsitzenden wurde *Gerstenberg*, zum Schriftführer *Tannen* gewählt.

1. *Roller*-Lindenhaus, Schädel- und Hirnbefunde bei Geistesanken.

Roller berichtet über die bei einer Anzahl von Obductionen gefundenen rdickungen des Schädeldaches, über die Verwachsung der Dura mater diesem. Er theilt die Localisation der wahrgenommenen Atrophien Hirnsubstanz nach den Windungen mit. Er demonstrirt ferner an igen Gehirnhemisphären Anomalien der Furchen und Windungen.

Ausführliche Veröffentlichung ist in Aussicht genommen.

Nach diesem Vortrage bemerkt *Berckhan*, dass sein Lehrer *Erlenmeyer* die Behauptung aufgestellt habe, bei Kahlköpfigen sei an den Stellen Kahlköpfigkeit die Dura mater mit dem Schädeldach verwachsen. Es dies nicht immer richtig, denn auch bei Nichtkahlköpfigen kommen Verösungen, namentlich bei Geisteskranken, vor. Sehr interessante Studien r pathologische Veränderungen hätte *Magnan* in seinen Vorlesungen r Psychiatrie mitgetheilt.

2. *Wulff* stellte folgenden Antrag:

Der am 2. Mai 1892 in Hannover versammelte Verein der Irrenärzte dersachsens und Westfalens erklärt:

1) Die Anstalten für Idioten und Epileptische müssen im Interesse der manität und der Wissenschaft, wie die Irrenanstalten, unter ärztlicher tung stehen und wie diese organisirt werden.

Digitized by Google

2) Nur der Staat, resp. die Provinz ist auf die Dauer in der Lage, die zu einer systematischen und organischen Entwickelung der Anstalten und ihrer inneren Organisation erforderlichen Mittel gewähren zu können, und beschliesst, diese Erklärung dem hohen Landesdirectorium und dem Provinziallandtage mit der ergebendsten Bitte zu unterbreiten, dieselbe bei der durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 erforderlich werdenden Regelung der Fürsorge für Idioten und Epileptische geneigtest berücksichtigen zu wollen.

Ueber diese Angelegenheit, die auf der Versammlung der Irrenärzte in Weimar September 1891 besprochen worden war, wurde vielfach hin und her discutirt, und nahmen an der Discussion Theil *Gerlach*, *Lüttich*, *Berckhan*, *Hesse* u. s. w. Alle waren der Ansicht, dass es sehr wünschenswerth wäre, die jetzt unter Privatleitung stehenden Idioten-Anstalten zu Staats- resp. Provinzial-Anstalten umzugestalten, jedoch es zur Zeit nur angebracht wäre, den ersten Punkt des Antrages motivirt dem Landesdirectorium und Provinziallandtage vorzulegen. Zum Zwecke der Ausarbeitung eines motivirten Entwurfes wurde eine Commission und zu Mitgliedern derselben *Gerstenberg*, *Lüttich* und *Wulff* gewählt. —

Zum Schlusse warf *Lüttich* die Frage auf, wie man sich bei Tuberculose der Geisteskranken verhalten solle und mehrere Herren, *Gerlach*, *Hesse* u. s. w. erwähnten darauf bezügliche Maassregeln.

Nächste Versammlung 1. Mai 1893 in Kastens Hotel 4 Uhr Nachmittags.

Tannen.

---

59. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Leubus am 19. Juni 1892.

Anwesend die Herren: *Alter*-Leubus, *Cassirer*-Breslau, Landesrath *Gürich*-Breslau (Ehrenmitglied), *Hayn*-Pöpelwitz, *Kahlbaum*-Görlitz, *Kemmler*-Breslau, *v. Kunowski*-Leubus, *Neisser*-Leubus, *R. Sandberg*-Breslau, *Schmidt*-Sorau, *Schubert*-Leubus, *Selle*-Sorau, *Simon*-Tost, *Tornier*-Obernigk, *Walter*-Lissa, *Wernicke*-Breslau.

Der Vorsitzende, Herr *Wernicke*, nimmt vor Eintritt in die Tagesordnung das Wort zu einer Gedenkrede auf *Theodor Meynert* (welche in No. 28 der deutschen Medicinischen Wochenschrift im Druck erschienen ist). Auf seine Aufforderung ehren die Anwesenden das Andenken des gefeierten Gelehrten durch Erheben von den Plätzen.

1. Herr *Wernicke*-Breslau, Demonstration von Photographien, welche Schnitte durch das Grosshirn in Loupenvergrösserung darstellen.

2. Herr *Kahlbaum*-Görlitz: Ueber einen Fall von Pseudoparanoia. (Autoreferat.)

Vortragender erinnert daran, dass er in seinem früheren Vortrage über Paranoia es für nothwendig erklärt habe, diesen Begriff zu zerlegen

Digitized by Google

das Wort Paranoia dann entweder nur für eine bestimmte klinische
n zu reserviren oder aber für diese ein neues Wort einzuführen. Er em-
lt diesen letzteren Weg und schlägt für die eine bestimmte klinische
kheitsform, welche sich bleibend durch das Vorherrschen syste-
tisirter Wahnideen auszeichnet, das Wort Paraphronie oder deutsch
nsucht vor, während mit Paranoia oder Verrücktheit alle Fälle ohne
erschied mit Rücksicht auf das Vorkommen von Wahnideen bezeichnet
den. Paranoia oder Verrücktheit ist also nicht eine klinische Krankheitsart
lern ein Symtomencomplex verschiedener Krankheitsarten. Ein Krank-
sbild nun, bei welchem ebenfalls ein derartiger Symptomencomplex vor-
mt, ohne dass doch im Uebrigen der Zustand dem entspricht, was als
noia im engeren Sinne, oder wie nun vorgeschlagen wird, Paraphronie
bezeichnen ist, will er heute mit der Vorführung eines bestimmten
kheitsfalles zu entwickeln suchen. Es handelt sich um einen Kranken
r schlesischen Provinzialanstalt, welcher seit mehreren Jahren entmün-
ist und die Aufhebung der Entmündigung durch eine Klage gegen
betreffende Staatsanwaltschaft zu erlangen bestrebt ist.

Der jetzt 36 Jahre alte Photograph N. N. hatte sich durch vielseitige,
entlich auch speciell philosophische Lectüre, welcher er in jüngeren Jahren
ganze Nächte obzuliegen pflegte, eine gewisse höhere Bildung angeeignet,
i in Folge dessen in seinem technischen Berufe, obwohl er darin sehr
tig war, keine rechte Befriedigung und wechselte daher häufig seine Stelle.
den Reisen kam er oft nach dem Städtchen zurück, in welchem er seine
ul- und Berufsbildung erlangt hatte und wohnte dann immer längere
t in einem bestimmten Gasthause. Hier trat er den Familiengliedern
germaassen näher, und namentlich das jüngste Mädchen, damals ein
d von unter 12 Jahren, hatte seine Aufmerksamkeit und sein persönliches
resse gewonnen, und in seinem Grübeln über sein Leben glaubte er
ich darin seinen höhern Lebensinhalt gefunden zu haben, für dieses
ne Mädchen sich dauernd zu interessiren und für die Ausbildung und
iche Reinheit desselben einzutreten. Als dann in derselben Familie ein
jüngerer Mann als er selbst Eingang und auch intimen Verkehr fand,
le er eifersüchtig, und mit der Eifersucht entspann sich aus dem früheren
r philosophischen Gefühl des Interesses das Gefühl der Liebe. Damit
land in seinem Innern ein Kampf, der sich nach aussen in Conflicten
jenem jüngern Mann entlud und dazu führte, dass der Gastwirth, der
r des jungen Mädchens, unserm N. N. Anfang Februar 1887 den Ein-
in sein Haus und den Verkehr in seiner Familie verbot. Damit
nun wieder sein Lebensinhalt ins Schwanken gebracht, und sein Selbst-
sstsein gerieth in Verzweiflung. Er ergab sich dem Trunke und hatte
bergehend selbsteingestandenermaassen sinnlose Zustände. Ende Fe-
r hatte er diesen Sturm wenigstens äusserlich wieder überwunden, er
das Trinken wieder auf, verliess die Stadt und kam auf seiner Wan-
ng nach einer Stadt Thüringens, wo er ein Photographiegeschäft

Digitized by Google

administrirte und mit gutem Erfolg in die Höhe brachte. Seine Gedanken waren aber immer noch nach dem schlesischen Städtchen gerichtet, er fand keine Ruhe und kehrte plötzlich mit Zurücklassung der aussichtsvollen Stellung nach dem schlesischen Städtchen zurück. Statt sich nun aber mit dem Vater des Mädchens auszusöhnen und in freundlicher Weise Eintritt in das Haus zu suchen, glaubte er den Verkehr mit dem Kinde als sein Recht in Anspruch nehmen zu können. Schon von Dresden aus hatte er in diesem Sinne einen Brief an den Vater geschrieben und in dem Städtchen selbst hatte er einen mit „Ultimatum" überschriebenen Brief an denselben abgesandt, in welchem er ihm ankündigte, „dass er mit etwas Unabänderlichem zu rechnen habe, mit etwas, das mit der Kraft einer Naturgewalt blindlings und unerbittlich seinen Weg stürmt, unbekümmert um etwaige sich dagegen anstemmende Vernunftschlüsse, welche sich solcher Gewalt gegenüber als ohnmächtig erweisen". Da seine Briefe keine Erhörung fanden, so stellte er sich täglich vor die Hausthüre in so auffallender Weise, dass er polizeilich fortgebracht werden musste, und endlich am 6. September 1887 Abends 7 Uhr, als keine Gäste im Hause waren, drang er mit einem geladenen Revolver und einem Dolche bewaffnet in das Gastzimmer und rief: „ich will Elisabeth sprechen". Auf das Geschrei des Vaters kamen Menschen dazu, N. N. verbarrikadirte sich und drohte jedem, der sich ihm näherte, mit dem aufgezogenen Revolver. Erst der herbeigeholten Militärwache gelang es ihn zu entwaffnen und dingfest zu machen. Er wurde ins Polizeigefängniss gebracht und ihm der Process wegen Hausfriedensbruch gemacht. Es entstand sofort der Verdacht der geistigen Störung. Der Kreisphysikus gab ein entsprechendes Gutachten, auf Grund dessen die Aufnahme des N. N. in die Provinzialanstalt beantragt und die Aufnahme im Januar 1878 ausgeführt wurde. — Trotz der grossen Entrüstung und Rathlosigkeit, in welche er durch die Geisteskrank-Erklärung gebracht war, und trotz der langathmigen Schriftstücke an Staatsanwalt, Amtsgericht u. s. w., in welchen er seine Geistesgesundheit und die Verständigkeit und die Berechtigung seines Attentats erweisen wollte, hatte das energische Einschreiten gegen ihn den Erfolg, dass er sich in der Anstalt ganz ruhig und geregelt zeigte, es wurde ihm daher in der Anstalt ein hoher Grad von freier Bewegung gestattet, er durfte sich sogar in der benachbarten Stadt bei einem Photographen beschäftigen, und im Ganzen kam nur wenig vor, was als Missbrauch seiner Freiheit zu betrachten war. In seinen Auffassungen über sein Verhältniss zu jenem Mädchen und deren Vater blieb er aber unverändert, suchte seinen Standpunkt in immer neuen, viele Bogen umfassenden Schriftstücken zu erweisen und wurde auch nicht davon abgebracht, als ihm durch den ihm bekannten Geistlichen, dessen Vermittlung er angerufen hatte, mitgetheilt worden war, das jenes Mädchen selbst kein tieferes Interesse für ihn hege, sondern Furcht vor ihm habe. — Auf sein Drängen, nicht für geisteskrank gehalten zu werden, und auf sein bleibend gutes Verhalten wurde er dann im August 1889

Digitized by Google

versuchsweise als gebessert entlassen. Sofort machte er nun wieder in derselben Weise wie das erste Mal sonderbare Annäherungsversuche, gerieth wieder mit der Polizei in Collision und wurde nun wieder im September desselben Jahres in die Irrenanstalt verbracht. Nun wurde die Entmündigung beantragt und auf Grund eines vom Medicinalcollegium bestätigten Gutachtens des Anstaltsdirectors die Blödsinnigkeits-Erklärung im Juli 1890 ausgesprochen. Hiergegen erhob N. N. in Form einer Klage gegen den I. Staatsanwalt Einspruch und, nachdem der Anstaltsdirector noch einmal gutachtlich vernommen und das Fortbestehen der Geisteskrankheit constatirt hatte, wurde Vortragender auf des Anstaltsdirectors Vorschlag und mit Zustimmung des Gerichts und der Staatsanwaltschaft von N. N. zur nochmaligen Untersuchung und Begutachtung ausgewählt. Es wurde N. N. gestattet, selbst nach Görlitz zur Untersuchung zu reisen, was dreimal geschehen ist.

Bei diesen Besuchen zeigte sich N. N. als ein ruhiger, äusserlich gesammelter Mensch, der aber sofort, sobald das Thema seines Verhältnisses zu jenem Mädchen und ihrem Vater berührt wurde, mit Hartnäckigkeit und Dreistigkeit seinen Standpunkt erklärte und von keiner entgegenstehenden Ansicht und Betrachtung etwas wissen wollte. Seine Auffassung von seinen Beziehungen zu dem Mädchen als einem absoluten Rechtsverhältniss war weder durch das Ausbleiben jedes Zeichens von jener Seite, dass eine Neigung dortseits bestehe, noch durch die Vorstellung, dass das kleine Mädchen unterdess zu einer Jungfrau mit anderen Anschauungen herangewachsen sei, noch durch die Vorstellung, dass er sich noch am ehesten durch Gründung einer guten, gesicherten bürgerlichen Stellung eine Wiederaufnahme in jenes Haus bereiten könne, erschüttert.

Zur Beurtheilung seines Seelenzustandes lagen neben den bisherigen Gutachten sehr ausführliche Schriftstücke von N. N.'s Hand vor, die theils als Anträge und Beweisbestrebungen, theils als Beurtheilung der über ihn abgegebenen Gutachten, die ihm zur Einsicht überlassen worden, geschrieben worden waren. Diese Schriftstücke enthalten eine Fülle von philosophischen und trivialen Reflexionen über allerlei Lebensverhältnisse, insbesondere über das Recht des genialen Menschen gegenüber den übrigen Menschen, ja der ganzen Menschheit und ganz besonders gegenüber einem nicht genialen Menschen. In diesen Reflexionen äussert er den höchsten Grad von Eigendünkel und Selbstüberschätzung, indem er sich z. B. mit den grossen Dichtern aller Völker und Zeiten auf gleiche Stufe stellt und seine Zurückhaltung in der Irrenanstalt als eine die höchste Anerkennung verdienende That für die Menschheit bezeichnet und mit der Aufopferung Christi in unmittelbare Parallele bringt. In dem Verhältniss zu dem Mädchen kommt eine Schwärmerei zu Tage, die weder den wirklich mit dem Mädchen erlebten Vorgängen noch den thatsächlichen Verhältnissen entspricht, eine Schwärmerei, für welche er eine allgemeine Anerkennung in Anspruch nimmt, wie etwa in der Literatur berühmte Liebes-

Digitized by Google

paare Anerkennung gewonnen haben, ohne dass er ausser einigen mehr oder weniger gelungenen Knittelversen und Reimereien etwas weitres als seine Prätensionen vorzubringen wusste. Endlich athmen seine Schriftstücke eine Erfüllung seines Gemüths von Hass und Verachtung gegen alle diejenigen, welche gegen seine Ansichten etwas gethan haben theils in Handlungen, wie der Vater des Mädchens, theils in Worten, wie der Kreisphysikus und die Anstaltsärzte, die gegen ihn Gutachten abgegeben haben, als ob in ihm die ganze Menschheit verletzt und beleidigt worden sei; und sie sind zugleich von einer solchen Rücksichtslosigkeit gegen das Wohl und die Existenzberechtigung anderer Menschen erfüllt, dass ein Nero auf dem Kaiserthron nicht unbedingter und rücksichtsloser auftreten könnte.

An verschiedenen Stellen hebt er dabei selbst aus der Tiefe seines Innern die Bemerkung heraus, er fühle, dass er nicht anders könne, dass in ihm eine Kraft, ein Drang lebe, gegen den er nicht ankämpfen könne, und dass er eher untergehen werde, als er zu einer Aenderung seiner Ansichten oder zu einem Nachlass seiner Forderung sich entschliessen könne. Er hebt ferner selbst hervor, dass er in diesen seinen Gefühlen und Bestrebungen ausserhalb des gewöhnlichen Menschenzustandes, ja ausserhalb der Natur stehe. — Während so in dem krassesten Uebermass des Selbstgefühls das Krankhafte seines Fühlens, Urtheilens und Strebens sofort in die Augen fällt und klar wird und während seine eigenen Schilderungen über sich deutlich das Erzwungene oder Zwangsmässige und damit das Krankhafte seines Zustandes erkennen lassen, machen seine Schriftstücke im Uebrigen zunächst den Eindruck des Inhaltreichen und Vernünftigen, ja sogar des Geistvollen. Bei einer eingehenden Analyse seiner Schriftstücke bleibt aber aus dem Geistreichthum nicht viel mehr als der Abglanz gut im Gedächtniss haften gebliebener Lesebrocken übrig, während im Uebrigen der Erfolg seiner Studien ihm weder einen Nutzen für seine Berufsthätigkeit noch für irgend eine andre Productivität gewärt, sondern ihn nur mit sich und der ganzen Welt in krasse Gegensätze bringt und ihn in seiner maasslosen Leidenschaftlichkeit bestärkt. Bei unserm Eingehen auf die Einzelnheiten treten sogar wiederholt Widersprüche mit sich selbst hervor und eine Menge formeller Fehlerhaftigkeiten, wie man sie bei einem so gebildeten Kopf nicht erwarten sollte.

Geht daraus nun die Beantwortung der ersten Frage: Ist N. N. geisteskrank? als bejahend deutlich hervor, indem alle begutachtenden Aerzte übereinstimmend ihn für geisteskrank erkannt haben, so entsteht nun die 2. Frage, die uns hier besonders beschäftigt: welcher Krankheitsform gehört dieser Fall an?

Aus dem durch die Verhältnisse nothgedrungen in seiner Kürze bedingten Referat geht doch soviel deutlich hervor, dass es sich bei N. N. um einen Menschen handelt, der in seiner gut begonnenen Lebensbahn dadurch eine Unterbrechung erfährt, dass er sich einem einzigen Gedanken

Digitized by Google

hingiebt, und der aus diesem einen Gedanken heraus mit seiner Umgebung und mit aller Welt in Gegensatz geräth. Dieser eine Gedanke ist die Liebe zu einem jungen Mädchen und die Idee ein gesetzliches Recht auf dasselbe zu haben, weil er einige Zeit mit ihr in freundlichem Verkehr gestanden hat, ein Recht auch dann, wenn der Vater des damals noch unmündigen Mädchens ihm seine Einwilligung zu dem Verhältniss mit aller Entschiedenheit vorenthält. Auf den ersten Blick wird dadurch der Eindruck einer sogenannten fixen Idee hervorgebracht, die in systematisirter Ausbildung hervortritt. Weiter wird diese systematisirte Idee entwickelt durch die Vorstellung, dass der Vater des Mädchens sein Feind sei. Ebenso sieht er in Allen, die sich gegen sein Verhältniss zu dem Mädchen aussprechen, seine Feinde, so namentlich in dem Kreisphysikus, der das erste Gutachten über ihn ausgestellt hat. So haben wir also eine fixe Idee, ferner Verfolgungswahn und, wie schon vorhin ausgeführt, eine Art Grössen- oder Hochmuthswahn, alles Symptome, welche als charakteristisch für die Paranoia im engeren Sinne gelten. Nehmen wir nun hierzu noch die Thatsache, dass er von Kindheit auf grosse Eigenthümlichkeiten gezeigt hat, und dass er auf einer Reise nach London in eine Irrenanstalt gebracht worden ist, ferner dass seine Tante seit vielen Jahren geisteskrank ist in der Form des Querulantenwahns, so drängt sich die Diagnose der sogenannten originären Verrücktheit auf. Dem entspricht auch die Auffassung in dem Gutachten des Kreisphysikus. Hier wird die Krankheitsform als eine „Entartung" bezeichnet, d. h. als ein psychopathischer Zustand, welcher nicht als erworbene Krankheit eines entwickelten Gehirns aufzufassen ist, sondern in originären d. h. in von Geburt an bestehenden krankhaften Veranlassungen wurzelt. Von dem Anstaltsdirector wird er als Querulant bezeichnet.

Nach des Vortragenden Ansicht lassen sich beide Züge in dem Krankheitsbild des N. N. nachweisen, einmal die genetische Herleitung aus dem Kindesalter und sodann die hartnäckige Betonung seines guten Rechts, für keins von diesen Krankheitsbildern ist der Krankheitsfall aber völlig und allein ausgebildet, beide Züge können sich aber in dem Krankheitsbilde der sogenannten originären Verrücktheit zusammen vorfinden, d. h. in einer Combination eines intellectuellen Symptoms mit einem aus der Entwicklung hergenommenen. Gehen wir aber näher auf die Einzelnheiten des Krankheitsfalles ein, so ist doch das als bemerkenswerth hervorzuheben, dass eine eigentliche Wahnidee d. h. eine Idee mit falschem Inhalt nicht vorhanden ist. Die Liebe zu dem jungen Mädchen ist zwar etwas Fixirtes bei ihm. Aber die Liebe zu einem jungen Mädchen ist an sich nichts Abnormes, höchstens etwas Uebertriebenes oder quantitativ Abnormes. Ebenso bedingt die Idee, ein Recht auf das Mädchen zu haben, nicht sowohl ein krankhafter Inhalt des Denkens als nur eine Uebertreibung, hervorgehend aus dem gesteigerten Selbstgefühl. Noch mehr aber als die Sphäre des Denkens tritt die Sphäre des Gefühlslebens als krankhaft in

Digitized by Google

die Erscheinung, das Liebesgefühl, welches so stark ist, dass es auch durch die widrigsten Verhältnisse nicht ausgelöscht wird. Ebenso tritt die Sphäre des Strebens, Begehrens und Wollens als krankhaft in die Erscheinung, insofern N. N. offenbar von einem gesteigerten Triebe der Activität erfüllt ist und sich zum Handeln hinreissen lässt, obwohl er sich sagen musste, dass er auf diesem Wege eher eine Entfremdung von jenem Hause als eine Annäherung gewinnen würde. So sehen wir also mit Rücksicht auf die Seelenvorgänge mehr die Sphäre des Fühlens und Handelns als den Schauplatz der symptomatischen Vorgänge als die Denkthätigkeit. Darin liegt nun ein wesentlicher Unterschied zwischen diesem Krankheitsfall und dem Krankheitsbilde der Verrücktheit.

Bei der Verrücktheit ist das Wesen der Krankheit eine abnorme Denkthätigkeit, welche das Personalbewusstsein oder das Bewusstsein der Aussenwelt verändert, von dem dann in secundärer Folge auch die übrigen Sphären des Seelenlebens in die Krankheit einbezogen werden können. In unserm Falle aber liegt die Störung in erster Reihe eben so wohl in einem gesteigerten Gefühlsleben als in einem erhöhten Triebe zur Activität, welch' letztere so stark ist, wie N. N. selbst sagt, dass er mit der Kraft einer Naturgewalt seinen Weg nimmt. Darin liegt nun der wesentliche Unterschied. Auf der einen Seite die primäre gesteigerte Denkthätigkeit, also eine psychische Einzel-System-Erkrankung, auf der andern Seite eine Erkrankung aller drei Systeme des Fühlens, des Denkens und der Bethätigung im Wollen und Handeln, ohne dass andererseits diese drei Sphären in ihrer Totalität erkrankt wären, wie es etwa bei der Manie der Fall ist. Eine solche theilweise Auslese in allen 3 Sphären des Seelenlebens bedingt aber das, was man den Charakter oder das Ethos eines Menschen nennt, und so sehen wir in diesem Krankheitsfall ein Charakterirresein, nicht eine Wahnsucht oder Verstandesirresein. Für diese Form der unechten Paranoia oder Pseudoparanoia empfiehlt Vortragender den Ausdruck Parethosia oder Charakterirresein.

So bietet dieses Charakterirresein also einen Unterschied von der einfachen Verrücktheit ebenso dar, wie es innerhalb der Gruppe der Entartungen, der dégénerés der Franzosen eine eigene Einzelart darstellt.

Discussion:

Herr Gürich bittet den Vortr. ihm seine Ansicht darüber mitzutheilen, was wohl aus dem betreffenden Kranken geworden wäre, wenn er in den Besitz des Mädchens ungehindert gekommen wäre.

Herr Kahlbaum: Es könne wohl nicht zweifelhaft sein, dass, wenn NN. in den Besitz des Mädchens gekommen wäre, das Phantasiegebäude seiner philosophischen Liebe sehr bald zusammengebrochen sein würde, weil es eben nicht auf wirklichen Verhältnissen, sondern auf eingebildeten Eigenschaften gegründet war. Bei der Kürze der Zeit habe er nicht alle bezüglichen Fragen in seinem Vortrage behandeln können; ihm stehen noch eine Reihe einschlägiger Fälle zu Gebote.

Digitized by Google

Herr Wernicke bittet Herrn *Kahlbaum* anknüpfend an dessen letzte Bemerkung, zur Vervollständigung der interessanten Krankheitsskizze noch weitere Mittheilungen machen zu wollen.

Herr Kahlbaum skizzirt einige weitere Fälle, indem er hervorhebt, dass bei diesen Kranken die Grundstörungen keine einheitlichen an ein psychisches System gebundene wären, sondern dass sowohl Gefühls-, wie Verstandes- und Bethätigungsstörungen primär vorkämen und daneben secundäre Störungen in buntem Gemisch. Dadurch unterschieden sich eben solche Fälle von der Verrücktheit im engeren Sinne oder Paraphronie, wo sich alle Symptome aus dem krankhaften Vorgange im Verstandesleben, aus dem krankhaften Personal- oder Weltbewusstsein ableiten lassen. So wäre es auch bei den meisten von *Sander* in seinem Aufsatze über originäre Verrücktheit angeführten Fällen, die aber meist keine Originarität zeigten.

Herr Wernicke bedauert, sich nicht in Uebereinstimmung mit Herrn *Kahlbaum* zu befinden. Die Darstellung der von diesem Parethosie genannten Krankheitsform sei gewiss sehr interessant und werthvoll, aber gerade der Fall NN., welchen er gleichfalls seiner Zeit genau studirt habe, dürfe nach seiner Ansicht dahin nicht gerechnet werden. Er halte ihn vielmehr für ein prägnantes Beispiel des Vorkommens wirklicher fixer Ideen oder, wie man es zweckmässiger nennen könne, „überwerthiger Ideen". Alles Uebrige sei secundär, stelle, wie er sich auszudrücken pflege, ein „logisches Delirium" dar; das ganze Fühlen und Handeln des NN. sei lediglich Consequenz der Idee. (Ein diesen Gegenstand behandelnder Aufsatz ist inzwischen in Dtsch. Med. Wochenschr. No. 25 erschienen.) Uebrigens beobachte man nicht selten bei Männern dieses Alters die Neigung ein Mädchen sich heranzubilden und könne dies nicht ohne Weiteres als krankhaft ansehen.

Bezüglich der originären Verrücktheit *Sander*'s möchte er meinen, dass das von *Sander* aufgestellte Krankheitsbild, da es durch die mitgetheilten Fälle gar nicht gestützt werde, vollständig in der Luft schwebt.

Herr Kahlbaum: zu letzterer Frage: er müsse dabei stehen bleiben dass es solche Fälle gebe, wie sie in der *Sander*'schen Beschreibung gezeichnet seien, und dass diese allenfalls der Benennung „originäre Verrücktheit" entsprechen würden. Die *Sander*'schen Fälle dagegen stellen nach seiner Meinung entweder gewöhnliche Verrücktheiten oder Hebephrenien dar.

Herr Neisser glaubt es für sich in Anspruch nehmen zu müssen, auf diesen Widerspruch zwischen Text und Fällen bei *Sander* aufmerksam gemacht zu haben. Seine bezügliche Abhandlung „Ueber die originäre Verrücktheit" (*Sander*) sei mehrfach missverstanden worden. Heute herrsche eine gewisse Verwirrung in der Anwendungsweise des Terminus „originäre Verrücktheit". *Sander* habe seiner Zeit damit nur eine Gruppe und zwar, wie er ausdrücklich sagt, nur eine kleine Gruppe von „primär Verrückten" bezeichnen wollen. *Meynert* aber und seine Schüler, z. B. *Fritsch*, haben

Digitized by Google

primäre und originäre Verrücktheit vielfach als Synonyma gebraucht. *Schüle* hat wieder ein anderes Krankheitsbild unter diesem Namen geschildert. Endlich hat *Sander* selbst später erklärt, dass er die Bezeichnung originäre Verrücktheit für seine Fälle nicht für glücklich gewählt halte. In der Regel scheinen dementsprechend auch die Autoren, wenn sie von originärer Verrücktheit im Sinne von *Sander* sprechen, die von Letzterem gegebene Krankheitsbeschreibung, nicht seine Fälle im Auge zu haben; so z. B. *Pohl* in einer aus *Pick*'s Klinik hervorgegangenen Arbeit „über das Zusammenvorkommen von originärer Paranoia und Epilepsie".

Herr Wernicke bestätigt dem Vorredner, dass dieser der Erste gewesen sei, welcher die erwähnte Kritik der *Sander*'schen Arbeit gegeben habe.

Herr Kahlbaum: Die Ausführungen des Herrn *Neisser* illustriren deutlich, wie nothwendig es ist, sich endlich von den alten Bezeichnungen ganz frei zu machen und dieselben für Neuschilderungen nicht immer wieder zu verwenden. Was Herr *Wernicke* über die sogenannten fixen Ideen gesagt habe, möge ja vielleicht im Allgemeinen psychologisch richtig sein; er könne aber wohl nur missverstanden worden sein, wenn er darin eine Entgegnung auf seine klinischen Ausführungen erblicken solle.

Herr Wernicke hofft, seine Auffassung in Betreff des Falles NN. Herrn *Kahlbaum* dadurch näher zu bringen, dass er einige Beispiele von überwerthigen Ideen kurz skizzirt. Er erwähnt die Fälle seiner Publication, besonders aber das häufigere Vorkommen von reinem Querulantenwahn, wo weder eine formale Denkstörung noch ein verallgemeinerter Grössen- oder Verfolgungswahn bestehe. Der Inhalt der überwerthigen Idee sei für die Nomenclatur schlecht zu verwerthen, da er verhältnissmässig zufällig sei. Die überwerthige Idee zieht naturgemäss in Folge des im Uebrigen intakten Mechanismus ein logisches Delirium nach sich, z. B. das der Verfolgung. Ausserdem ist das zeitliche Verhalten wichtig. Zunächst allerdings ist die überwerthige Idee ein fremder Eindringling in dem gesunden Besitzstande des Bewusstseins. Nach längerem Bestehen aber scheinen ganz gewöhnlich zwei Vorgänge Platz zu greifen, welche dazu führen, dass der bisherige Inhalt des Bewusstseins im Sinne der überwerthigen Idee modificirt wird. Diese Vorgänge sind: die nachträgliche Correctur des alten Besitzstandes und die Erinnerungsfälschung und zwar diese in einer häufigeren positiven Modification — der Confabulation — und einer selteneren negativen Modification.

Das Vorkommen und die Bedeutung vereinzelter fixer Ideen habe er selbst früher unter dem Einfluss der herrschenden Richtung verkannt und missdeutet, er habe sich aber später durch die klinische Erfahrung in dieser Beziehung eines Besseren belehren lassen.

Herr Neisser: Herr Professor *Wernicke* hat gesagt, dass er vor noch nicht langer Zeit die Annahme geistiger Erkrankungen, welche lediglich in dem Auftreten isolirter fixer Ideen bestehen sollen, nicht für zulässig

Digitized by Google

gehalten habe, so wenig, dass er solche Darlegungen von Experten zu rügen für nöthig fand, wo er etwa in seiner Thätigkeit als Medicinalbeamter denselben begegnete. Er wird es daher mir nicht verdenken, wenn ich mit Bestimmtheit erkläre, dass ich heute noch in dieser Beziehung auf denjenigen Standpunkt mich stelle, welchen er als seinen früheren gekennzeichnet hat. Soweit die von Herrn *Wernicke* hier vorgetragene kurze Skizze der Fälle, welche zu der Veränderung seines Standpunktes den Anstoss gegeben haben, ein Urtheil zulässt, möchte ich — mit allem Vorbehalte — glauben, dass dieselben unter sich nicht gleichwerthig sind. Es schien mir bei der einen weiblichen Patientin, welche selbst ihre „Idee", sich zu tödten, als einen „lockenden Gedanken" bezeichnete, sich um reine sogenannte Zwangsvorstellungen zu handeln, und dass diese unter Umständen isolirt vorkommen, ist wohl von allen Seiten anerkannt. Namentlich in der französischen Lehre von der Entartung findet sich die pathologische Bedeutung dieser Erscheinungen hinlänglich gewürdigt. Wo aber angeblich isolirte fixe Wahmideen vom Charakter der Verfolgung oder Beeinträchtigung vorhanden sein sollen, da kann ich einen Zweifel nicht unterdrücken. Dass in den Fällen, welche Herrn *Wernicke* zur Stütze seiner Auffassung dienen, noch anderweitige pathologische Symptome vorhanden waren als die von ihm beobachteten und mitgetheilten, liegt mir gewiss fern anzunehmen; aber ich meine, dass solche Fälle ganz ausserordentlich selten sein müssen, weil trotz des reichen hiesigen Krankenmaterials noch nicht ein einziger Fall zu meiner Beobachtung gelangt ist, welcher diese Auffassung rechtfertigte, sodass, wenn ein weniger hervorragender Fachmann dieselbe ausgesprochen haben würde, ich in der That zunächst an einen Beobachtungsfehler denken würde. Herr *Wernicke* hat das sogenannte Querulantenirresein herangezogen; noch geeigneter in seinem Sinne möchte vielleicht der sogenannte Eifersuchtswahn sein, über welchen *v. Krafft-Ebing* erst kürzlich in den Jahrbüchern für Psychiatrie eine Studie veröffentlicht hat. Ich muss aber erklären, dass, obwohl sehr prägnante Fälle hier zur Beobachtung gekommen sind, es doch früher oder später immer noch gelungen ist, auch noch diejenigen anderweitigen symptomatischen Züge aufzudecken, welche die chronische Paranoia kennzeichnen, und den Wahn somit seiner scheinbaren Isolirtheit zu entkleiden.

Was nun diese für die Paranoia charakteristischen symptomatischen Züge anbetrifft, so erscheint mir, wie ich schon früher einmal ausgeführt habe, eine Scheid ungzwischen directer und consecutiver oder primärer und secundärer Symptomatologie durchaus geboten. Ich betone dies einmal im Hinblick auf die diagnostische Hervorhebung der sogenannten „fixen Ideen" durch Herrn *Wernicke*, sodann aber auch im Hinblick auf die Definition, welche Herr *Kahlbaum* von seiner Paraphronie, der Paranoia im engeren Sinne, gab, wonach dieselbe sich bleibend durch das Vorherrschen systematisirter Wahnideen auszeichnen sollte. In meinem noch auf der Tagesordnung stehenden Vortrage „über eine besondere Form von Wahn-

Digitized by Google

bildung" werde ich auf diese Frage im speciell-pathologischen Sinne und in Bezug auf die differentielle Diagnose noch eingehen müssen. Hier möchte ich mir nur einige mehr allgemein-pathologische Bemerkungen gestatten.

Wenn wir sehen, dass eine grosse Zahl von Kranken und zwar von Kranken verschiedenen Alters, verschiedener Bildungsstufe, verschiedener Nationalität unter dem Einflusse einer Krankheit in völlig analoger Weise zu der Entwickelung von systematisirten Verfolgungs- beziehungsweise Grössenwahnideen geführt werden, so werden wir ganz gewiss hierin eine Gesetzmässigkeit erblicken müssen, und wir werden berechtigt sein, solche Fälle zusammenzustellen und zunächst einmal eine gesonderte Gruppe aus ihnen zu bilden. Aber dies kann doch nur der Anfang der wissenschaftlichen Betrachtung sein. Die Wahnideen, zumal wenn sie systematisirt sind, sind doch auf alle Fälle sehr complicirte psychische Leistungen, sie sind doch nur die schliesslichen Producte des krankhaften Processes, welcher den eigentlichen Gegenstand des diagnostischen Bestrebens bilden muss. Es kann sehr wohl sein, dass der — physiologisch betrachtet — genau gleiche Krankheitsprocess unter bestimmten Umständen einen anderen Verlauf nimmt oder auf einer anderen Stufe der Entwickelung stehen bleibt und dann nicht zu dem Endresultate eines logisch gegliederten Wahnsystems führt, welches für die Diagnose postulirt worden ist. Jedenfalls wird man die Bemerkung gelten lassen, dass in dem Anfangsstadium der Krankheit, welches auch wohl Monate und manchmal selbst Jahre währen kann, fixirte und systematisirte Wahnideen nicht vorhanden zu sein brauchen. Es wird also nicht nur vom theoretischen, sondern auch vom praktischen Standpunkte zu fordern sein, dass die diagnostischen Kriterien von dem Process der Wahnbildung selbst hergeleitet werden, dass diejenige pathologische Denkthätigkeit ins Auge gefasst und symptomatisch analysirt werde, welche geeignet ist, einen zusammenhängenden und festen Wahn zu schaffen. Darüber, welche Art von Denkstörung hierzu geeignet ist, entscheiden natürlich nicht theoretische Erwägungen, sondern lediglich die klinische Erfahrung. In einem Vortrage, welchen ich in diesem Vereine über die Paranoia gehalten habe, habe ich auf die cardinale Wichtigkeit hingewiesen, welche nach dieser Richtung einem bestimmten Symptome zukommt, welches ich als krankhafte Eigenbeziehung bezeichnet habe.

Es giebt, wie ich behaupte, keinen Fall von chronischer Paranoia oder, sagen wir mit Herrn *Kahlbaum*, von chronischer Wahnsucht, bei welchem dieses Symptom nicht nachgewiesen werden könnte, und, was seine Bedeutung in das rechte Licht setzt, es giebt Fälle, in denen Hallucinationen etc. fehlen und kein anderes Symptom ausser der fehlerhaften Eigenbeziehung aufzufinden ist. Die secundäre Symptomatologie ist natürlich variabel. Am häufigsten entsteht ein typischer Beachtungs- und Verfolgungswahn. Ferner sieht man als Folgeerscheinung nicht selten eine ganz

Digitized by Google

specifische Rathlosigkeit. Das Symptom ferner, dass der Kranke wähnt, seine Gedanken würden von der Umgebung gekannt — ich meine nicht das von *Cramer* sogenannte Gedankenlautwerden —, ist meistentheils auf die Eigenbeziehung zurückzuführen. Bei der Neubildung von Worten spielt dieselbe nächst den Gehörshallucinationen und abnormen Körpersensationen die Hauptrolle. Wenn Kranke angeben, dass „Bilder", Scenen aus ihrem Leben u. dergl., ihnen vorgestellt werden, so ist vielfach die Eigenbeziehung zu beschuldigen, welche — beständig thätig — auch den Reproductionen der Phantasie eine besondere, fremdartige Färbung verleiht und dieselben somit dem Individuum als scheinbar bedeutsam erscheinen lässt. In ähnlicher Weise ist es auch meines Erachtens zu erklären, dass, wie es häufig geschieht, Paranoiker ihre Bewegungen, ihre Handlungen und auch ihr Sprechen nicht als willkürlich, sondern als von aussen beeinflusst, ihnen aufgezwungen bezeichnen. Die krankhafte associative Zuthat lässt eben jeden psychischen Akt verändert erscheinen und schafft dem Bewusstsein fremdartige Eindrücke.

Ich darf nicht wagen, diese Mittheilungen jetzt noch weiter auszuspinnen; hoffentlich aber haben Sie den Eindruck erhalten, dass die von mir empfohlene symptomatisch differenzirende Betrachtungsweise klinisch brauchbare Ergebnisse verspricht; sie allein ermöglicht eine exacte Diagnostik.

Herr Schmidt: Zu den Fällen, in welchen die fixe Idee allein das Symptom der Geisteskrankheit ausmacht, gehören auch diejenigen von hereditärem Selbstmord, wo in den Familien durch mehrere Generationen hindurch plötzliche Selbstmorde ohne jeden nachweisbaren Grund auftreten. Man hat diese Fälle häufig zu den Melancholien gerechnet, sie gehören aber meistens zur Paranoia.

Herr Wernicke: Herr *Neisser* fusse auf den bekannten Anschauungen von *Meynert*, wonach der Beachtungswahn eine hypochondrische Grundlage habe; er habe nun sehr sorgfältig hierauf geachtet und Eigenbeziehung ohne hypochondrische Grundlage sehr ausgeprägt gefunden[1]).

Wenn eine Idee überwerthig geworden sei, schliesse sich leicht im Sinne derselben die Eigenbeziehung an; so erkläre sich die Isolirtheit des Phänomens in manchen Fällen.

---

[1]) Ref. hat noch während der Sitzung Gelegenheit genommen, Herrn *Wernicke* folgende Stelle seines Aufsatzes vorzulegen, in welcher es heisst: „Die Betrachtung dieses Falles legt nahe, denselben zu Gunsten der *Meynert*'schen Theorie zu verwenden. Doch giebt es andere Fälle, in denen bei lebhaftester Eigenbeziehung hypochondrische Sensationen fehlen oder doch sicher nur sehr wenig intensiv sind und wieder andere, in denen ein umgekehrtes Verhältniss besteht. Ich möchte deshalb alles Theoretische zunächst aus dem Spiele lassen . . ." (Centralblatt für Psych. u. Nervenheilkunde. Januar 1892. Sep.-Abdr. p. 19.)

Digitized by Google

3. *Schubert*-Leubus: Casuistische Mittheilung.

Vortr. berichtet über einen Fall einer alternirenden Psychose (*Schüle*) bei einer 40jährigen, hereditär angeblich nicht belasteten Frau, die anfänglich das typische Bild einer agitirten Melancholie darbot und bei der sich nach ca. $1^1/_2$ Jahren ein ganz regelmässiger Wechsel zwischen einem freien und einem gestörten Tage einstellte, so dass die Kranke an dem einen Tage deprimirt, verdriesslich und unzugänglich war, am folgenden aber ein freundliches Wesen zeigte und sich mit Arbeiten beschäftigen konnte. Die Menses, welche mit Beginn der psychischen Erkrankung cessirt hatten, stellten sich kurz vor der nach ca. $2^1/_2$ jährigem Anstaltsaufenthalte erfolgenden Entlassung wieder ein. Es bestand damals noch derselbe typische Wechsel, jedoch klang bereits der Affect an den sogen. schlechten Tagen ab. In der Heimath ist dann relative Genesung eingetreten; die Patientin hat die Schwankungen in der Stimmung verloren, weist aber einen sichtlichen intellectuellen Defect auf.

4. Herr *Neisser*-Leubus: Klinische Demonstrationen. a) Fall von progressiver Paralyse complicirt durch spinale progressive Muskelatrophie.

Patient, Philologe, 45 Jahre alt, hereditär nicht belastet. Lues wird geleugnet, ist aber wahrscheinlich. Seit 10 Jahren rheumatische Schmerzen. Im Winter 1887/88 sehr angestrengte Thätigkeit. In dieser Zeit öfter Schwindelanfälle, über welche Pat. selbst zu berichten vermag. Im Juli 1888 Aphonie in Folge rechtsseitiger Recurrenslähmung. Nach einigen Monaten Besserung. Danach bemerkte man den Muskelschwund, welcher seither progredient sich entwickelt hat, genau entsprechend dem Typus *Duchenne-Aran*. Im November 1890 Untersuchung durch einen Specialisten. Damals wurden Interossei, Daumen- und Kleinfingerballenmuskulatur beiderseits und namentlich der Deltoideus rechts stark atrophisch gefunden. Faradische Erregbarkeit aufgehoben, galvanische stark herabgesetzt. Fibrilläre Zuckungen. Von Atrophien der unteren Extremitäten und von Anomalien des Kniephänomens wurde damals nichts beobachtet. In jener Zeit bestanden trophische Störungen, wallnussgrosse Anschwellungen der Sehnenscheiden auf der Dorsalfläche des rechten Handgelenkes, welche unter geeigneter Behandlung zurückgingen. Im Frühjahr 1891 fast tägliche Schwindelanfälle. Oefters Incontinentia urinae. Erlöschen der Potenz. Im December 1891 Beginn der psychischen Störung mit Reizbarkeit, Nachlass des Gedächtnisses — konnte bei öffentlichem Vortrage minutenlang den Faden nicht finden —, Schwatzhaftigkeit, Euphorie, Grössenwahnäusserungen. Sprache und Gang wurden gestört.

Im Februar 1892 Aufnahme in die hiesige Anstalt. Hier bot er das typische Bild des maniakalischen Paralytikers: die Leichtvergesslichkeit, äusserst selbstzufriedene rosige Stimmung, Plänemacherei, gesteigerte Reizbarkeit, bezüglich der Psychose fehlendes Krankheitsbewusstsein. Pupillen ungleich; Argyll-Robertson'sches Phänomen. Silbenstolpern. An der Muskel-

Digitized by Google

atrophie nehmen auch die unteren Extremitäten Theil. Ausserdem Westphal'sches Zeichen, desgleichen Romberg'sches Zeichen. Andeutungen von Ataxie und Sensibilitätsabstumpfung in den unteren Extremitäten; umschriebene Anästhesien am Thorax. Im Anfange dieses Jahres auch lancinirende Schmerzen in den Beinen.

Folgt Demonstration und Erörterung der gegenseitigen Beziehungen von progressiver Paralyse, Vorderhornerkrankung wie der Affection der Hinterstränge. Der Fall wird durch Herrn Cand. med. *Voss* in einer Inaugural-Dissertation genau beschrieben werden.

b) Eine besondere Form von Wahnbildung.

Der Vortr. stellt einen 43jährigen Patienten vor, welcher Verfolgungswahnideen typischer Art — sei vergiftet worden, man habe ihn aus dem Wege räumen wollen, ihn künstlich krank gemacht etc. — aufweist. Die Wahnideen werden seit vielen Monaten einsichtslos festgehalten. Im Uebrigen ist der Kranke besonnen, affectfrei, nimmt an Unterhaltungen Theil und beschäftigt sich.

Der Fall lehrt, dass die Definition der Autoren, wonach das Bestehen fixirter Wahnvorstellungen (bei fehlendem pathologischen Affecte) das Charakteristikum der Paranoia bilde, nicht das Wesen der Sache trifft. Als das Wesentliche bei der Paranoia ist nach dem Vortragenden die chronische Wahnbildung zu erachten. Wenn man einem chronischen Paranoikus etwa mit einem Zauberschlage seine sämmtlichen Wahnideen rauben könnte, so bliebe er doch so krank wie er vordem war, und seine Wahrnehmungen würden bald in analoger Weise wie früher zu neuem Wahne verarbeitet werden. Zur Diagnose der Paranoia gehört deshalb unbedingt der Nachweis des wahnbildenden Processes, insbesondere der specifischen Form krankhafter Eigenbeziehung.

In dem vorgeführten Falle ist hiervon keine Spur zu finden. Die bestehenden Wahnideen sind vielmehr lediglich die Residuen eines nunmehr abgelaufenen acuten Krankheitsprocesses, welcher mit Bewusstseinstrübung und Delirien einherging und durch die ausgeprägte Lähmung von Hirnnerven und aphasischen Störungen sich als eine organische Gehirnerkrankung — wahrscheinlich auf luetischer Basis — charakterisirte.

Der Vortr. behält sich ausführliche Publication vor. Dr. *Cl. Neisser.*

---

49. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 6. Juli 1892.

Festsitzung zur Feier des 25jährigen Bestehens des Vereins, welcher am 6. Juli 1867 gegründet wurde. — Anwesend sind die Mitglieder: *Albers, Bartels, Brie, Brosius, Buddeberg, Diehl, von Ehrenwall, Eickholt, Fabricius, Gudden, Heyden, Hoestermann*-Andernach, *Kny, Leveson, Lippmann, Longard,*

Digitized by Google

Noetel, *Oebeke*, *Pelman*, *Peretti*, *Schmitz*, *Schreiber*, *Schultze*-Bonn, *Schwartz*, *Thomsen*, *Tigges*, *Umpfenbach*, *Wahl*, *Zacher*.

Als Gäste: *Boedecker*-Bonn, *Grosch*-Laubach, *Kaiser*-Grafenberg.

Entschuldigt sind: *Erlenmeyer*, *Focke*, *Gottlob*, *von der Heim*, *Hertz*, *Hoestermann*-Boppard, *Kerris*, *Kirchgaesser*, *Schulz*. —

Der Vorsitzende, Geh. Rath *Pelman*, eröffnete die Sitzung mit einigen geschäftlichen Mittheilungen und giebt Kunde von den Glückwunschschreiben der Collegen *Hertz* und *Focke* und von mehreren eingegangenen Begrüssungs-Telegrammen, sowie von einem Glückwunsch-Telegramm des Herrn Geh. Raths *Laehr* an den Verein, welches kurz vor der Sitzung einlief. die Versammlung nimmt mit Dank Kenntniss von dem Inhalte derselben.

In den Verein neu aufgenommen werden: Dr. *Güntz*-Wiesbaden, Dr. *Kohlmann*, Kreisphysikus-Remagen, Dr. *Nockher*-Bonn.

Gemeldet zur Aufnahme haben sich ferner: Dr. *Grosch*-Laubach bei Coblenz, Dr. *Peters*, Augenarzt-Bonn, Dr. *Thiele*, Kreisphysikus-Cochem, über welche in nächster Sitzung abgestimmt werden wird. —

Es machte dann:

Oebeke „Mittheilungen über das Leben, die Arbeiten und die Mitglieder des Vereins während seines 25jährigen Bestehens.

Die Aelteren von uns erinnern sich noch lebhaft der Zeiten, wo die meisten Irrenanstalten weit abseits vom Weltverkehr und dem Getriebe der Menschen lagen, um des vermeintlichen nothwendigen Vortheils grösserer Ruhe der äussern Umgebung theilhaftig zu werden. Dadurch musste sich das Leben der Irrenärzte einsam und einförmig gestalten und der wünschenswerthen und selbst erforderlichen Anregung und Erfrischung entbehren, wie sie Austausch und Besprechung gemachter Erfahrungen und gewonnener Anschauungen mit strebsamen Fachgenossen mit sich zu bringen pflegt. Als dann allmälig die Besserung und die Vervielfältigung der Verkehrswege ein Zusammenkommen der zerstreut wohnenden Vertreter und Freunde der Irrenheilkunde in unserer Provinz erleichterten, sollte der Plan einer solchen bereits früher in kleinerem Maassstabe und mehr lokal versuchten Vereinigung bald seiner Verwirklichung entgegen geführt werden. Als nämlich am 18. Juni 1867 in Rolandseck die grosse gemeinsame Versammlung aller ärztlichen Vereine der Rheinprovinz stattfand, traten die dort anwesenden Irrenärzte auf Aufforderung *Richarz*'s zu einer kurzen Besprechung zusammen und beschlossen einen psychiatrischen Verein für die Rheinprovinz zu bilden. Die grosse ärztliche Versammlung war bereits für den Sommer 1866 in Aussicht genommen gewesen, allein der bald ausbrechende Krieg schob die Ausführung dieses Vorhabens und mit ihr die Gründung unseres Vereines um ein Jahr hinaus, so dass erst am 6. Juli 1867 die constituirende Versammlung des Vereins in Bonn im Hôtel Kley Nachmittags 2 Uhr abgehalten wurde. Als vorläufiges Comité hiefür hatten sich *Richarz*-Endenich und *Nasse*-Siegburg zusammengethan, welche noch

Digitized by Google

Focke-Coblenz als dritten im Bunde hinzugezogen hatten. Zu dieser Versammlung waren 18 Aerzte erschienen, während an 46 die Einladung ergangen war und zwar zunächst nur an solche, die jetzt oder früher in directer Verbindung mit Irrenanstalten gestanden. In dieser Versammlung wurden die Statuten berathen und festgesetzt und der Vorstand gewählt und zwar *Nasse* als Präsident, *Richarz* Vice-Präsident, *Pelman* Secretär. —

Die in dieser ersten Sitzung Anwesenden waren: *Besser*-Pützchen, *Brosius*-Bendorf, *Diehl*-Eickrath, *Feith*-Cöln, *Focke*-Coblenz, *Hertz*-Bonn, *Hoestermann*-Andernach, *Meyer* sen.-Eitorf, *Nasse*-Siegburg, *Oebeke*-Endenich, *Obernier*-Bonn, *Pelman*-Siegburg, *Peters*-Kessenich, *Richarz*-Endenich, *Roechling*-Neuwied, *Servaes*-Cöln, *Wahl*-Siegburg, *Wiebecke*-Kaiserswerth.

Von diesen sind 7 gestorben, 11 leben noch. Unter den Gestorbenen (*Feith, Meyer, Nasse, Obernier, Peters, Richarz, Roechling*) befinden sich die beiden Männer (*Nasse* und *Richarz*), welche die Anregung zur Bildung unseres Vereins gaben, ihn ins Leben riefen und welche gemeinsam ihm zuerst eine Reihe von Jahren als Präsident und Vice-Präsident vorstanden. *Richarz* starb am 26. Januar 1887 75 Jahre alt, während *Nasse* sein Amt als Präsident bis zu seinem Tode am 19. Januar 1889 verwaltete. Von den 11 Lebenden sind 3 (*Besser, Servaes, Wiebecke*) aus dem Vereine ausgetreten, 2 durch Wegzug, ein anderer (*Pelman*) war aus gleicher Veranlassung zeitweilig nicht Mitglied, während 7 (*Brosius, Diehl, Focke, Hertz, Hoestermann, Oebeke, Wahl*) mit dem Verein ihr 25jähriges Jubiläum als Mitglieder desselben feiern können. Aus dem ursprünglichen Vorstand schieden zuerst im Juni 1871 *Richarz* und *Pelman* — letzterer ging als Director nach Stephansfeld — aus, an deren Stellen *Hertz* und *Ripping* traten und als nach dem Tode *Nasse*'s *Ripping* sein Amt niederlegte, wurden im Juni 1889 *Pelman* und *Peretti* in den Vorstand gewählt, an des letzteren Stelle dann wegen Wegzugs von Bonn im November 1890 *Oebeke*, so dass seitdem der Vorstand aus *Pelman, Hertz, Oebeke* besteht.

Heute zählt der Verein 73 Mitglieder; durch den Tod verlor er im Ganzen deren 23, während viele, namentlich jüngere Collegen durch Wegzug wieder ausschieden. Der Verein hat seit seinem Bestehen halbjährig eine Sitzung gehalten mit Ausnahme des Herbstes 1870, wo die Sitzung des Krieges wegen ausfiel, und ausserdem 2 ausserordentliche Sitzungen am 4. März 1870 und am 13. December 1873. Die constituirende Versammlung mit eingerechnet, halten wir heute die 50. ordentliche Sitzung ab. Die erste ausserordentliche ward veranlasst durch die ursprüngliche Fassung des § 49 des Strafgesetzbuchs vom 31. December 1869 für den Norddeutschen Bund über die freie Willensbestimmung. Die Eingabe des Vereins an den Reichstag dieserhalb erreichte mit mehreren anderen ähnlich lautenden Petitionen das gewünschte Ziel. Die 2. ausserordentliche Generalversammlung galt dem neuen Entmündigungsverfahren in dem Entwurf einer deutschen Civilprocessordnung 1872. — Die Vorträge und selbstständigen Referate in den Versammlungen umfassen so ziemlich das ganze

Digitized by Google

Gebiet der Psychiatrie in ihren wissenschaftlichen und praktischen Beziehungen und bringen mehrfach mit der lebhaften allseitigen Discussion schätzenswerthe Beiträge und theilweise Klärung in einzelnen Fragen, die gerade im Vordergrunde allseitigen Interesses der Gegenwart standen. Von 53 Aerzten wurden 139 Vorträge gehalten, darunter allein 52 von 7, früheren und jetzigen, Mitgliedern des Vorstandes. Im Ganzen hielten

24	Aerzte	je	1	Vortrag	= 24
9	-	-	2	Vorträge	= 18
12	-	-	3	-	= 36
2	-	-	4	-	= 8
3	-	-	7	-	= 21
1	-	-	8	-	= 8
1	-	-	10	-	= 10
1	-	-	14	-	= 14
53	Aerzte	=	139	Vorträge.	

Wir dürfen daher wohl sagen, dass die Mitglieder des Vereins es sich haben angelegen sein lassen, zu seinem Emporkommen und Gedeihen thunlichst beizutragen, und das wachsende Interesse der Fachgenossen für unsere Bestrebungen, welches durch die langsam aber stetig gestiegene Zahl der Mitglieder einen greifbaren Ausdruck findet, giebt uns eine Gewähr für die Erfüllung der Hoffnung, dass das nun beginnende 2. Vierteljahrhundert des Bestehens unseres Vereines manche erwünschte Frucht unseres Strebens und Arbeitens zur Reife bringen werde. — Ich darf hierbei nicht verschweigen, dass die äusseren Umstände dem Wachsen und Erblühen unserer Vereinigung ungewöhnlich günstig waren. Damals 1867 gab es in der Rheinprovinz nur eine öffentliche provinzielle Heilanstalt, abgesehen von den Pflegeanstalten einzelner Bezirke, neben einigen kürzer oder länger bestehenden Privat-Irrenanstalten. Diese letzteren sind seitdem grösser und bedeutender geworden, ihre Zahl und die der an ihnen beschäftigten Aerzte ist erheblich gewachsen und statt des einen historisch bedeutsamen, altehrwürdigen Siegburg weist unsere Provinz jetzt 5 grosse öffentliche Irrenanstalten auf, statt der früheren 250 jetzt etwa 2400 Plätze für arme Geisteskranke, statt 3—5 Aerzten in Siegburg sind für diese heute 21 bis 23 Aerzte thätig. — Dadurch schon ist, wie fast allerwärts, auch bei uns die Psychiatrie mit ihren Jüngern und Führern aus der früheren Isolirung mehr herausgetreten und sucht und findet leicht Berührungspunkte mit den anderen Disciplinen der medicinischen Wissenschaft und manche persönliche Anknüpfungen und Beziehungen zu den berufenen Vertretern der übrigen Zweige der Medicin, von welchen Seiten wir ein verständnissvolles Entgegenkommen hier hervorzuheben nicht unterlassen wollen. — So sind die Wege hergestellt, zum Theil schon mehr geebnet, das Ziel kennen wir; jetzt liegt es bei uns zu zeigen, dass wir marschiren können. —

Hierauf hielt Professor *Pelman* die folgende Festrede:

Digitized by Google

Pelman, Ueber die Entwicklung der Psychiatrie in den verflossenen 25 Jahren.

Die Signatur der Medicin in den 50er Jahren unseres Jahrhunderts war ein krasser Positivismus.

Der speculativen Forschung war durch die Vervollkommnung der physikalischen Untersuchungsmethode ein jähes Ende bereitet worden, zugleich aber hatte sich eine Unterschätzung aller der medicinischen Wissenszweige entwickelt, denen diese physikalischen Hülfsmittel weniger zu Gute kamen.

Am tiefsten stand natürlich die Psychiatrie, bei der der Mangel an anatomisch zu definirenden und klinisch umgrenzbaren Krankheitsbildern am schärfsten zur Kritik aufforderte.

Der rasch voranstürmenden Chirurgie zumal galt die Psychiatrie als nicht vollwerthig, aber auch in der inneren Medicin war von dem Nervensystem nicht viel die Rede, und es galt mit wenigen Ausnahmen der Satz: „was man nicht definiren kann, das sieht man als Neurose an".

Die Gründe für dieses Zurückbleiben waren zum Theil äusserlicher Natur, zum andern aber lagen sie in der Schwierigkeit der Forschung selber und in der mangelhaften Ausbildung der Hülfswissenschaften, der mikroskopischen und physiologischen Erforschung des Gehirnes. Klinische Lehrstühle bestanden für die Psychiatrie nur sehr vereinzelt, und die Hauptarbeit, die Detailforschung geschah in den Anstalten, die, abgeschlossen und meist einsam gelegen, keine Schule bilden und zur allgemeinen Kenntniss der Psychiatrie nur wenig beitragen konnten. Daher bei allem Fleisse nur verhältnissmässig geringe Fortschritte, um so mehr als in diesen Anstalten selber der Fortschritt zum Besseren nur langsam vor sich ging.

Noch beherrschten die alten Ansichten von Zwang und Disciplin die Behandlung, noch walteten Jacke und Stuhl ihres Amtes, und erst mit der freien Behandlung zog anderes Wesen und andere Luft in die Anstalten ein.

Einen schrofferen Gegensatz, als das alte Siegburg um 1867 und die neuen Irrenanstalten zu unserer Zeit, kann man sich nicht denken, und und wenn man auch dem Geiste der Humanität, der damals mindestens eben so ausgeprägt war, wie jetzt, die Anerkennung nicht versagen kann, in dem innern Wesen der Anstalten hat doch mit der freien Behandlung auch ein freierer Geist seinen Einzug gehalten.

In gleicher Weise gross ist der Fortschritt auf dem wissenschaftlichen Gebiete.

Seit 1845 war *Griesinger*'s Lehrbuch das allein ausschlaggebende, und wenn auch der eigentliche psychiatrische Theil sich immer mehr und mehr von den herrschenden Ansichten entfernte, so hatten doch die verschiedenen Versuche, ihn durch zeitgemässere Handbücher zu ersetzen, nur den Erfolg, dass sie als aussichtslos inmitten des Weges aufgegeben wurden.

Digitized by Google

Noch 1877 konnte man die Herausgabe eines den Ansprüchen genügenden Lehrbuches für verfrüht halten, bis *Schüle* und *v. Krafft-Ebing* uns eines Bessern belehrten, und seitdem sind eine Fülle wirklich brauchbarer und zum Theil gradezu mustergültiger Lehrbücher in unserer Wissenschaft erstanden.

Den Anstoss gaben von der einen Seite *Hitzig* und *Fritsch* mit ihrer epochemachenden Entdeckung, die eine Rückkehr zur längst abgethanen Theorie von der Localisation der Gehirnfunctionen zur nächsten Folge hatte, von der andern waren es *Darwin* und seine Schüler, durch welche die naturwissenschaftlich empirische Forschungsmethode einen alles vor sich niederwerfenden Aufschwung genommen hatte, und endlich hatte *Morel* mit seiner Entartungstheorie der Psychiatrie ungeahnte Gebiete eröffnet. *Fechner* trug die Bausteine zu seiner Psychophysik zusammen, und so konnte sich die Psychiatrie in schwerem Kampfe durchringen zum Range einer klinischen Wissenschaft.

Wie schon bemerkt, waren es bis in die 60er Jahre vorzugsweise die Anstalten gewesen, wo psychiatrische Wissenschaft getrieben wurde, und von den inneren Klinikern geschah es nur nebenbei. Professoren der Psychiatrie gab es noch nicht. Selbst *Griesinger* war in Berlin seit 1865 Professor der innern Medicin, *Nasse* und *Wachsmut* waren innere Kliniker, und erst mit *Ludwig Meyer*'s Berufung nach Göttingen 1866 beginnt die Einrichtung eigener Lehrstühle für unsere Wissenschaft. Seitdem ist man so eifrig darin fortgeschritten, dass nur noch Kiel und Königsberg ihrer entbehren und an den meisten der andern deutschen Hochschulen eigene psychiatrische Kliniken bestehen.

Auch an trefflichen Lehrbüchern ist kein Mangel, und ausser den schon erwähnten von *Krafft-Ebing* und *Schüle* sind die von *Kräpelin* und ganz neuerdings von *Kirchhoff* lobend zu nennen.

Allerdings wird das beste Lehrbuch die persönliche Anschauung nie ersetzen, am wenigsten in der Psychiatrie.

Die Psychiatrie ist eine eminent praktische Wissenschaft und nur praktisch zu erlernen, daher auch die Wichtigkeit des klinischen Unterrichtes und seine Nothwendigkeit für den praktischen Arzt.

Noch ist die Neigung nicht überwunden, die Psychiatrie als ein Specialfach zu betrachten und sie als solches zu behandeln, d. h. sie von dem Examen auszuschliessen. Dem gegenüber ist zu betonen, dass sie thatsächlich kein Specialfach ist, vielmehr stellt sie dar die gesammte und speciell die praktische Medicin in ihren Beziehungen zu besonders gearteten und zu psychischen Krankheiten disponirten Individuen.

Sie bedeutet ferner ein Vertiefen der allgemeinen medicinischen Bildung, und sie ist daher von der grössten Wichtigkeit für jeden praktischen Arzt, insbesondere aber für den Militär- und Gerichtsarzt

Als verbindendes Glied zwischen Körper und Geist bildet sie einen Theil der Nervenpathologie, und die Verbindung der psychiatrischen Klinik mit der Nervenklinik ist nur eine Frage der Zeit.

Digitized by Google

Der psychiatrischen Klinik werden durch diese Verbindung ganz andere Fälle zugeführt und die schroffe Scheidung, die zur Zeit zwischen „Nerven und Geistern“ besteht, wird überbrückt werden.

In der richtigen Erfassung dieser Wichtigkeit des psychiatrischen Unterrichtes für den Mediciner wurde schon seit langem die Forderung des obligatorischen Unterrichtes und der Einreihung der Psychiatrie in die ärztlichen Prüfungen gestellt, und die bezüglichen Petitionen gehen bis auf das Jahr 1860 zurück. Bisher ohne wesentlichen Erfolg, und sie wurden vom Reichskanzler zuletzt noch 1872 abschläglich beschieden. Seitdem hat sich ein wesentlicher Umschlag der Meinung zu Gunsten der Psychiatrie bemerklich gemacht.

Noch vor 25 Jahren lautete das Urtheil der Facultäten gegen ein obligatorisches Studium, heute ist etwas ähnliches nicht mehr zu befürchten.

Dieser Umschwung der Meinung ist nicht zum kleinsten Theile auf die Thätigkeit der Vereine zurückzuführen, unter denen der rheinische psychiatrische Verein non parva pars fuit. Er hat es sich von jeher zur Aufgabe gemacht, neben der Förderung des wissenschaftlichen Strebens einen Mittelpunkt der collegialischen Vereinigung zu bilden und vor allem die Fühlung mit den nicht irrenärztlichen Collegen aufrecht zu halten und zu befördern.

Das war sein Streben in diesen 25 Jahren und das soll es auch ferner sein, und dass er damit das richtige getroffen, das erhellt aus seinem beständigen Wachsen, das uns zu den besten Hoffnungen für die Zukunft berechtigt. —

Es folgte ein gemeinsames, durch Reden gewürztes Mittagsmahl in demselben Locale, in welchem der Verein die 25 Jahre hindurch seine Sitzungen abgehalten hat. Hieran schloss sich eine Fahrt nach Rolandseck zu einer Festbowle, welche die Gesellschaft bei heiteren, eigens zu dem Tage gedichteten Liedern und launigen Trinksprüchen bis zum Abend zusammenhielt.

Die nächste Sitzung findet am 12. November statt. *Oebeke.*

---

75. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin vom 15. Juni 1892.

Anwesend die Herren: *Ascher*-Berlin, *Bothe*-Dalldorf, *A. Cramer*-Eberswalde, *Falkenberg*-Dalldorf, *Jastrowitz*-Berlin, *König*-Dalldorf, *Kronthal*-Berlin. *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Landsberg*-Berlin, *Leppmann*-Berlin, *Lilienfeld*-Gross-Lichterfelde, *Lochner*-Thonberg, *Mendel*-Berlin, *Moeli*-Dalldorf, *Oliven*-Pankow, *Otto*-Dalldorf, *Roller*-Lindenhaus-Brake, *Rust*-Dalldorf, *Waldschmidt*-Westend, *Weber*-Dalldorf, *Zinn* sen.-Eberswalde, *Zoepffel*-Dalldorf.

Als Gäste anwesend die Herren: Dr. *Schimannura* und Dr. *Jamaue* aus Japan.

Digitized by Google

Grüsse haben gesandt die Herren: *H. Laehr* sen.-Zehlendorf, *Ulrich*-Eberswalde, *Sander*-Dalldorf, *Eyselein*-Blankenburg a. H.

Herr *Zinn* sen. eröffnet die Sitzung und theilt mit, der Vorstand habe, wie er glaube im Sinne des Vereins, den Beschluss der letzten Sitzung „am 15. Juni das 25jährige Bestehen des Vereins festlich zu begehen", nicht ausgeführt, da die Hoffnung, heute Herrn *Laehr* sen. in unserer Mitte zu sehen, sich leider nicht erfüllt habe. Wohl aber habe der Vorstand den Beschluss, „heute dem Begründer und seitherigen Vorsitzenden des Vereins, Herrn *Laehr* im Namen des Vereins ein Zeichen der Anhänglichkeit, Dankbarkeit und Verehrung zu geben", ausgeführt. Er — *Zinn* — und Herr *Moeli* hatten, da eine grössere Betheiligung von Collegen aus Rücksicht für den Gesundheitszustand des Herrn *Laehr* nicht angemessen erschienen sei, Herrn *Laehr* heute ein Photographie-Album mit den Photographien von 65 Mitgliedern des Vereins nebst Staffelei und ausserdem 840 Mark baar für eine „Laehrstiftung" zu Gunsten des Vereins überreicht. Die Einladung an die Mitglieder des Vereins zur Betheiligung an der Ehrengabe habe allgemeine freudige Zustimmung und Unterstützung gefunden, und werde darüber, sowie über die Ehrengabe selbst, ihre Ausstattung usw. Herr *Moeli* berichten, der die Besorgung übernommen hatte und dem es zu verdanken sei, dass dieselbe — nach seinem — *Zinn's* — Urtheil wenigstens — ganz vorzüglich ausgefallen sei. Herr *Laehr* sei sichtlich ergriffen und erfreut gewesen über die ihm so freundlichen Gesinnungen des Vereins; derselbe habe ihn beauftragt, dem Verein seinen herzlichsten Dank auszusprechen und sich vorbehalten, dies später noch selbst persönlich zu thun. Sie — *Zinn* und *Moeli* — seien hocherfreut gewesen, Herrn *Laehr* in voller Reconvalescenz anzutreffen, und dürfe man nun zuversichtlich erwarten, dass die nächste Sitzung, mit der die Feier des 25jährigen Bestehens des Vereins verbunden werden soll, in *Laehr's* Anwesenheit und unter seiner Leitung stattfinden könne.

Herr *Moeli* berichtet kurz über die Beschaffung der Ehrengabe. Nach Revision der Belege durch die Herren *Cramer* und *Leppmann* erfolgt Entlastung.

In den Verein aufgenommen werden die Herren *Knorr*-Landsberg a.W., *Riebeth*-Eberswalde, *Falkenberg*, *Rust*, *Zöpfel*-Dalldorf.

Die Neuwahl des Vorstandes erfolgt durch Zettel. Wiedergewählt werden die Herren *Laehr* sen., *Mendel*, *Moeli*, *Zinn*, an Stelle des Herrn *Guttstadt*, welcher wiederholt eine Wiederwahl abgelehnt hat, Herr *Goeck*-Landsberg a.W.

1. Herr *Kronthal*: Ueber Heterotopie grauer Substanz im menschlichen Rückenmark.

Der Vortr. demonstrirt eine Reihe derartiger Präparate von verschiedenen Individuen. Unter Berücksichtigung der von anderen Seiten publicirten Fälle und der seinigen ist Vortr. der Ansicht, dass derartig missge-

Digitized by Google

staltete Organe im hohen Grade zu Erkrankungen prädisponirt sind. Da er ferner der Ansicht ist, dass Heterotopien im menschlichen Rückenmark nichts gar so Seltenes seien, sondern nur wegen der Art, in welcher das Rückenmark gewöhnlich untersucht wird, selten gefunden werden, so glaubt er hier eventuell eine Erklärung für die Frage zu finden, warum bei gleichen Infectionen resp. Intoxicationen das Rückenmark manchmal erkrankt, oft jedoch gesund bleibt. (Ausführlicher in Mendel's Neurol. Cntrbl.)

Discussion:

Herr *Cramer* zeigt Schnitte durch die Medulla eines Falles von Idiotie, bei denen der Nucleus arciform. auf die mediale ventrale Ecke der Pyramiden verlagert ist. Bei diesem Falle lag auf der linken Seite die Insel frei, und zeigten sich auch noch weitere, allerdings nicht sehr ausgebildete Hemmungsbildungen.

2. Herr *Weber*: Demonstration eines kindlichen Gehirns mit symmetrischen Höhlenbildungen in den Hemisphären. Der Vortrag wird anderweitig veröffentlicht werden.

3. Herr *Bothe*: Ueber die Erfahrungen, welche in Dalldorf mit der Familienpflege Geisteskranker gemacht sind.

(Der Vortrag wird in dieser Zeitschrift veröffentlicht werden).

Herr *Moeli* erläutert noch einige speciell in Betracht kommende Verhältnisse. Dahin gehören die Art der die Kranken aufnehmenden Bevölkerung, welche ein gewisses Verständniss und Unternehmungsgeist besitzen muss, vor allem auch die Möglichkeit bequemer Verbindung mit den Aerzten und der Anstalt etc. Die Vorzüge des Verfahrens gegenüber der in Berlin ebenfalls im grösseren Umfange bestehenden Pflege in der Familie unter Leitung und Aufsicht anderer Organe als der der Anstalt liegen wesentlich 1) in der Schnelligkeit und der Bequemlichkeit des Verfahrens und 2) in dem aus dem Verständnisse des Arztes für den Zustand und die Leistungsfähigkeit des Kranken entspringenden Einflusse.

Die letztere Thätigkeit ist für manche Fälle sehr wichtig. Sie beschränkt sich dann nicht nur auf Regelung äusserer Verhältnisse, sondern beeinflusst günstig auch das Verhalten des Pflegers und des Kranken und ermöglicht zuweilen als wesentlicher Faktor durch den persönlichen Einfluss des Arztes den Fortbestand der anstaltsfreien Behandlung

Daneben besteht auch eine grössere Reihe von Fällen, wo der Hauptvorzug des Verfahrens die Möglichkeit rascher Benutzung sich darbietender Gelegenheit und ausreichender äusserer Hülfe ist. Beide Bestrebungen sind wichtig und stehen auch oft in untrennbarem Zusammenhange.

Thatsächlich ist nun durch die Pflege unter irrenärztlicher Aufsicht nicht nur eine gewisse Entlastung der Anstalt ermöglicht, sondern wie *M.* schon auf der irrenärztlichen Versammlung zu Jena 1889 bemerkte, eine Anzahl von Besserungen der Kranken befestigt und namentlich für die

Digitized by Google

Fortexistenz derselben ausserhalb der Anstalt in besonders wirksamer Weise verwendbar gemacht worden. *M.* legt ganz besonders Gewicht darauf, dass durch den fortgesetzten Einfluss der Anstalt der Uebergang zu einem nur noch durch Geldunterstützung zu sichernden, der speciell irrenärztlichen Hülfe entbehrenden Verweilen des Kranken in der Aussenwelt ermöglicht und erleichtert werde. Das Fortkommen der Kranken ausserhalb der Anstalt, das oft direct nicht zu erreichen sei, werde nach einem mehrere Monate umfassenden Zeitraume solcher Anstaltsaufsicht in einer Anzahl von Fällen durchführbar. Auf die allmälige Loslösung von der „irrenärztlichen Aufsicht" und auf die Beschränkung auf einfache Unterstützung könne wohl in den meisten Fällen hingearbeitet werden. Dies müsse auch geschehen, um eine im Laufe der Zeit überflüssige Inanspruchnahme der Aerzte zu verhüten. Ein Theil der Kranken theile und erleichtere übrigens diese Bestrebungen. Dies sind natürlich die günstigeren Fälle.

Hierin liegt der Hauptvorzug der Methode, die bestrebt ist, fortdauernde Kräftigung des Kranken in passend gewählter Umgebung und unter Einfluss des Arztes ohne den oft weniger zweckmässigen Abschluss von der Aussenwelt durch den Anstaltsaufenthalt zu ermöglichen.

Auf dem erlangten Ergebnisse lässt sich öfter weiter bauen, und so sieht *M.* in der „Familienpflege unter irrenärztlicher Aufsicht" ein Glied einer zusammenhängenden Reihe im Einzelnen dem Kranken anzupassender Vornahmen, welche womöglich zu einer vollkommenen Selbstständigkeit, jedenfalls aber zur Gewinnung einer der Anstaltspflege immer vorzuziehenden Existenz des Kranken in der Aussenwelt führen sollen.

Er glaubt, dass sich die Einrichtung im Einzelnen noch vervollkommnen lässt, und hebt nochmals hervor, dass die besonderen Verhältnisse Berlins natürlich in vieler Hinsicht diese Maassregeln ermöglicht bezw. begünstigt hätten. Die Art des Krankenmaterials und der örtliche Zusammenhang der Anstalt mit den Kranken, den Pflegern, sowie mit den Verwaltungsbehörden schufen in dieser Hinsicht wichtige Besonderheiten gegenüber der Irrenpflege an anderen Stellen.

Zinn senior-Eberswalde. Das Vorgehen der Dalldorfer Collegen verdiene volle Anerkennung und sei nachahmenswerth. Der Bericht des Herrn *Bathe* sei objectiv gehalten und verschweige oder verschleiere gemachte unliebsame Erfahrungen nicht. Man dürfe allerdings die letzteren nicht unterschätzen, aber im Ganzen halte er den Versuch für gelungen. Für die Privatpflege eigneten sich nach seinem Dafürhalten nur einer Anstaltspflege nicht mehr bedürftige Kranke. Diese Kranken kämen bei der Privatpflege meist in günstigere Verhältnisse als die direct aus der Anstalt nach ihrer Heimath entlassenen, würden seltener und, wenn überhaupt, erst nach längerer Zeit wieder einer Anstaltspflege bedürftig, blieben länger arbeits- und leistungsfähig und fühlten sich bei glücklicher Auswahl in der Mehrzahl wohler als in der Anstalt. Er halte deshalb die Privat-

Digitized by Google

pflege für eine wohlthätige und erstrebenswerthe Ergänzung der öffentlichen Irrenpflege, aber nur unter der für die Dalldorfer Anstalt erfüllten Voraussetzung, dass Pfleger und Verpflegte von der Irrenanstalt durch deren Aerzte stets beaufsichtigt werden und jeder Zeit ohne alle Formalität die Zurückversetzung der Verpflegten nach der Anstalt erfolgen könne.

Für die aus der Anstalt zu Eberswalde entlassenen, einer Anstaltspflege nicht mehr bedürftigen Kranken suche der Brandenburgsche Hülfsverein für Geisteskranke zu sorgen, aber nur selten gelinge es, eine wirkliche Privatpflege zu ermöglichen, man müsse sich wesentlich auf Unterstützung beschränken; ein Vertrauensmann nehme sich in der Regel des Entlassenen an und berichte zeitweise über dessen Verhalten, Befinden und Verhältnisse an den Vorstand des Vereins. So segensreich der Verein auch wirke, die Versorgung von dazu geeigneten Kranken in Privatpflege im Anschluss an die Irrenanstalt und unter deren Aufsicht könne er nicht ersetzen. Die Ausführung biete aber in der Provinz Brandenburg bei der dünnen Bevölkerung und dem verhältnissmässig wenig zahlreichen kleinen Mittelstand grosse Schwierigkeiten. Arme, selbst mit Noth und Entbehrung kämpfende, unter schlechten hygieinischen Verhältnissen lebende Familien eigneten sich absolut nicht als Pfleger für Geisteskranke. Er trage sich deshalb mit dem Gedanken, Mittel und Wege zu finden, um ältern erprobten Wärterfamilien die Ansiedlung in der Nähe der Anstalten und damit die Verpflegung von geeigneten Kranken zu ermöglichen. Er hoffe dadurch auch für den Pflegerdienst in der Irrenanstalt mehr geeignete Personen zu gewinnen und auch allmälig bei der übrigen Bevölkerung mehr Neigung zur Annahme von Kranken in Familienpflege zu finden. Man werde freilich nur ganz allmälig zu einem einigermaassen befriedigenden Erfolg kommen, aber die Sache lohne schliesslich doch der Mühe und Ausdauer.

Eine erhebliche Ersparniss an Pflegekosten gegenüber der Anstaltspflege verspreche er sich nicht; man müsse dabei eben alle Ausgaben, auch die der ärztlichen Beaufsichtigung rechnen und dazu den Geldwerth der Arbeitsleistung zählen, welche der Anstalt zu gut kommen würde, wenn der in Privatpflege befindliche Kranke sich in der Anstalt befände. Aber die gut organisirte Privatpflege lasse weniger Kranke wieder einer Anstaltspflege bedürftig werden, entlaste also die Anstalten, mache dadurch weniger Erweiterungs- und Neubauten nöthig und empfehle sich deshalb der Versuch auch vom rein finanziellen Standpunkt aus.

Schluss der Sitzung 5 Uhr. *M.*

Digitized by Google

Literatur.

***Löwenfeld, L.,* Die objectiven Zeichen der Neurasthenie. — (Münch. med. Abhandlungen. 6. Reihe.) 1892, München. Verl. von J. F. Lehmann. Mk. 1,60. 55 S.**

Löwenfeld, dem wir bereits zwei vortreffliche Abhandlungen aus dem Gebiete der Nervenheilkunde verdanken („Die moderne Behandlung der Nervenschwäche" und „Die nervösen Störungen sexuellen Ursprungs") führt uns hier seine Erfahrungen über die objectiven Zeichen der Neurasthenie vor. Allerdings, wer noch in der Anschauung befangen ist, dass wir es bei der Neurasthenie wesentlich nur mit den subjectiven Klagen der Kranken zu thun haben, und grade der Mangel objectiver Symptome für diese Nervenstörung charakteristisch sei, der wird zunächst etwas verwundert sein, wenn er hier eine ganze Reihe von objectiven Zeichen aufgeführt findet, deren Kenntniss die Erkennung der Neurasthenie nicht mehr lediglich von der Glaubwürdigkeit der betreffenden Personen abhängig macht.

Ausgehend von der allgemeinen Ernährung und dem Aussehen bis zu den Anomalien in den Functionen des Darmes, der Nieren und der Geschlechtsorgane, finden wir hier alles zusammengetragen und auf seinen Werth geprüft, was darüber bekannt und veröffentlicht ist.

Auch die Neurasthenie hat auf diese Weise aufgehört, ein unfassbares Etwas zu sein, wenn es auch nicht, wie *Gowers* meint, gelingen wird, sie in allen Fällen bestimmten anderen Kategorien von Nervenleiden einzureihen und sie so ganz entbehrlich zu machen. *Löwenfeld* bestätigt die Neigung zum Erröthen, die die Neurastheniker oft so unglücklich macht, die leichte Ermüdbarkeit der Augen, die Weite der Pupillen und ihre zeitweilige Ungleichheit, den mangelhaften Lidschluss beim Stehen mit geschlossenen Beinen, die fibrillären Zuckungen in den Muskeln und manches andre mehr, während er von den Gesichtsfeldeinengungen nicht viel wissen will und den Verlust des Kniephänomens überhaupt nicht zu den Symptomen der Neurasthenie zählt. Die Bemerkung, dass einfache Neurasthenie von Pupillendifferenz und Sprachstörungen begleitet sein kann, ist von der grössten Wichtigkeit für eine differentielle Diagnose von der Paralyse.

Digitized by Google

zeigt aber auch, wie unmerklich die sogenannten functionellen Gehirn- und Nervenstörungen in unzweifelhaft organische hinüber spielen.

Die von *Löwenfeld* angegebene frühzeitige Schlängelung der Temporalarterien habe ich sehr oft bei ausgebrochener erblicher Belastung beobachtet und als ein Zeichen derselben kennen gelernt.

Den Schluss bilden die Veränderungen des Harns, besonders die Spermatorrhoe, sowie ein Anhang über die Beziehungen der Neurasthenie zur harnsauren Diathese.

Alles das, was wir über die früheren Arbeiten des Verfassers gesagt haben, und dass es am gerathensten sei, sie nicht nur aus dem Referate kennen zu lernen, können wir hier wiederholen. *Pelman.*

Lehrbuch der Psychiatrie für Studirende und Aerzte, bearb. von Dr. *Theodor Kirchhoff*. Mit 11 Holzschnitten im Text und 16 Tafeln. — Leipzig u. Wien, Deuticke. 1892. 552 S.

Unter den Lehrbüchern der Psychiatrie kann man nach ihrem Leserkreise 3 Gruppen unterscheiden. Die einen werden von den speciellen Fachgenossen mit Interesse und Nutzen studirt, ohne indessen ihrer ganzen Anlage nach ein weiteres Publikum zu finden. Andere erfreuen sich nicht nur unter den Psychiatern, sondern auch unter den übrigen Aerzten und Studirenden eines zahlreichen Leserkreises, und diese Beliebtheit wird durch immer neue Auflagen bezeugt. Manche endlich können weder im engeren noch im weiteren Kreise ihren Zweck, gelesen zu werden, erreichen. Beispiele jeder dieser 3 Arten aus früherer Zeit liegen uns Allen nahe; die letzten 3 Jahre haben jeder dieser 3 Gruppen ein neues, in dieser Zeitschrift noch nicht besprochenes Buch zugeführt. Da kamen zuerst i. J. 1890 die „klinischen Vorlesungen über Psychiatrie“ von *Th. Meynert*, die sich in den Händen jedes Fachgenossen befinden und Allen eine Fülle der Anregung gegeben haben. Obwohl viele darin ausgesprochene Ansichten schon in früheren Arbeiten des Verfassers sich vorfanden, waren doch hier dieselben in geistreicher und origineller Art zu einem grösseren Ganzen verknüpft, und neue überraschende Schlaglichter warf der Autor in seiner bekannten wirkungsvollen Weise nach allen Seiten. Freilich aber konnte, wie dies bei den meisten Arbeiten *Meynert*'s der Fall, nur der Fachmann wirklichen Nutzen daraus ziehen, der Psychiatrie ferner Stehende werden von der durchaus subjectiven Auffassung mehr geblendet als mit den allgemein geltenden psychiatrischen Anschauungen bekannt gemacht. — Sodann erschien in diesem Jahre die *Griesinger*'sche „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ in gänzlicher Umarbeitung und Erweiterung von *W. Levinstein-Schlegel*. Die Umarbeitung und Erweiterung hat hier nun freilich eine Ausdehnung erreicht, dass der Titel kaum noch hält, was er verspricht, und dass das Buch richtiger als ein

Digitized by Google

Levinstein'sches mit Einfügung *Griesinger*'scher Stellen bezeichnet würde. Aus diesem Grunde werden die prächtig ausgestatteten 2 Bände voraussichtlich wenig Leser finden, und diese werden etwas enttäuscht sein, da sie statt der erwarteten, vor 20 Jahren maassgebenden und auch heute noch vielfach gültigen, jedenfalls für immer historisch bedeutsamen Ansichten des Meisters grossentheils — und leider von jenen nur dem Inhalte, nicht dem Aeussern nach unterscheidbar — die oft rein persönliche Auffassung des Jüngern antreffen. — Zu den Büchern dagegen, denen einen Erfolg auch in weiteren Kreisen zu prognosticiren nicht gewagt erscheint, gehört das dritte Lehrbuch der letzten Jahre, das uns im Folgenden allein beschäftigen soll.

Der allgemeine Theil des *Kirchhoff*'schen Lehrbuchs der Psychiatrie bringt als ersten Abschnitt „die anatomischen Grundlagen und den Sitz der geistigen Störungen". An der Hand der Entwicklungsgeschichte und Topographie des Gehirns, die aber nur so weit berührt werden, als zum Verständniss nothwendig, wird die Localisationsfrage in kurzer und objectiver Weise besprochen und dabei auf die Gefahren einer ins Einzelne gehenden anatomischen Begründung der psychischen Vorgänge hingewiesen. Dieser Abschnitt schliesst mit dem Satze: „Geisteskrankheiten sind nicht nur Gehirnkrankheiten, sondern Krankheiten der Person".

Der zweite Abschnitt umfasst „die Ursachen geistiger Störung". Es werden hier zunächst solche allgemeiner Natur besprochen, mit besonderer Ausführlichkeit entsprechend ihrer Wichtigkeit die des Lebensalters und der Erblichkeit. Sodann folgen die „nur auf den Einzelnen wirkenden Ursachen", die in körperliche und psychische getrennt abgehandelt werden. Den letzteren wird eine höhere Bedeutung beigelegt, als dies jetzt vielfach geschieht, und hervorgehoben, dass eine vermittelnde Thätigkeit der Gefässnerven hierbei keineswegs nothwendig erscheint.

Als „Zeichen geistiger Störung" werden im dritten Abschnitt a) die Störungen des Bewusstseins und zwar zunächst die der Wahrnehmung — Sinnestäuschungen, — hierauf „die Störungen des Bewusstseins im Schlaf und Traum, verwandte Bewusstseinstrübungen und hypnotische Zustände" — Schlaflosigkeit, Nachtwandeln, Schlafsucht, Dämmerzustände, Traum, Hypnose, Katalepsie, Stupor und Extase —, endlich „Störungen des Selbstbewusstseins" — Krankheitsbewusstsein, Einengung und Aenderung des Selbstbewusstseins — in gedrängter, aber besonders im schwierigen Kapitel der Sinnestäuschungen sehr fasslicher Darstellung abgehandelt. Dann werden b) Störungen in der Verbindung und dem Verlauf der Vorstellungen und zwar Apperceptionsmängel, die zeitlichen Störungen des Vorstellungsablaufs (darunter Grübelsucht und Zwangsvorstellungen), ausführlicher die Wahnvorstellungen und endlich Störungen des Gedächtnisses und der Phantasie besprochen. Es folgen in üblicher Reihenfolge c) Störungen des Gefühlslebens und d) Störungen des Willens und des Handelns. Ausführlicher als gewöhnlich werden hier die wichtigen Sprach- und Schreibstörungen beschrieben. Den letzten Theil dieses

Digitized by Google

Abschnitts bilden e) die körperlichen Begleiterscheinungen, soweit sie nicht anderswo schon ihren Platz fanden.

Der vierte Abschnitt bringt den Verlauf geistiger Störung, wobei ein besonderes Capitel die allgemeine Prognose berücksichtigt. Gerade dies letztere, das vor der Beschreibung der einzelnen Krankheitsformen etwas gewagt erscheint, ist ein Beispiel für die Kunst des Verf., in knappen Zügen das Wesentliche der Sache zusammenzufassen.

Im fünften Abschnitt wird die Untersuchung zur Erkenntniss geistiger Störungen und ihrer Grenzzustände geschildert. Nach kurzer Hervorhebung allgemeiner Gesichtspunkte wird der Gang der Untersuchung im Einzelnen besprochen. Ausführlicher als in vielen anderen Lehrbüchern wird hier auch auf die Schädelmessung eingegangen, aber doch nur in dem für die psychiatrische Würdigung der sich ergebenden Resultate zulässigen Maasse. Dass unter der Rubrik „Diagnose der Genesung" auch die Simulation sowie die Zurechnungs- und Verfügungsfähigkeit in weiterem Sinne abgehandelt werden, als der Ueberschrift entspricht, sei hier nur deshalb angeführt, weil es bei der sonst von Abschweifungen freien Darstellung des Verf.'s auffällt. Richtiger wäre es wohl gewesen, diese Dinge im vorherigen Capitel über die Diagnose der Erkrankung unterzubringen. — Kurz kommen dann die Grenzzustände des Irreseins zur Besprechung und endlich der Sectionsbefund. Dass letzterer nur eine halbe Seite einnimmt und doch die diagnostische Frage völlig erledigt, ist nicht Schuld des Verf.'s.

Den sechsten Abschnitt, der sich mit der Behandlung geistiger Störungen beschäftigt, möchte ich als besonders gelungen bezeichnen. Dass bei der Besprechung der Schlafmittel nur wenige wirklich erprobte angeführt werden, ist heutzutage an sich rühmenswerth.

Der siebente und letzte Abschnitt des allgemeinen Theils enthält die Geschichte der Psychiatrie in knappen Umrissen. Auf 25 Seiten wird hier ein grosser Reichthum an Stoff geboten. Dass das Mittelalter verhältnissmässig eine weitergehende Berücksichtigung erfährt, als die philosophische Psychiatrie der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts, ist gewiss kein Nachtheil.

Der besondere Theil bringt als ersten Abschnitt, eigentlich als Einleitung oder Vorbemerkung eine „Eintheilung in Formen geistiger Störungen". Verf. selbst bezeichnet seine Eintheilung nicht als eine ideale, und man wird ihm dies einräumen, auch wenn man für diese Bezeichnung weniger hohe Ansprüche stellt, als er. Aber er theilt diesen Mangel mit seinen Collegen, und wir werden ihm zugeben, dass man sich auch in seiner Eintheilung zurechtfinden kann, wenngleich namentlich die Verwirrtheit als besondres klinisches Krankheitsbild von vielen ungern vermisst werden wird.

Als einfache geistigen Störungen werden im zweiten Abschnitt die Melancholie, die Manie, die periodischen Formen und die Paranoia abgehandelt. Unter den periodischen Formen werden

Digitized by Google

nur die häufigen angeführt — die melancholische, maniakalische und circuläre. Die Eintheilung der Paranoia in Wahnsinn, Verrücktheit und Verwirrtheit ist, wie jede bis jetzt versuchte Aufstellung von Formen der Paranoia anfechtbar. Unter Wahnsinn versteht *K.* die in inniger Verbindung mit starken Affecten verlaufende Paranoia, während die Verrücktheit nach ihm nur zufällige und nicht maassgebende Affecte kennt. Wahnsinn ist die acutere Paranoia meist rüstiger Gehirne, Verrücktheit die chronische, gleichmässiger verlaufende Form, die auf eine minderwerthige Anlage hinweist. Verwirrtheit bedeutet für ihn in diesem Zusammenhange die secundäre Paranoia. Man kann und wird über die Zweckmässigkeit dieser Bezeichnungen verschiedener Ansicht sein; lässt man sie gelten, so wird man sich mit der Beschreibung des Verf.'s einverstanden erklären können. Jedenfalls kann derselbe für seinen Gebrauch des Wortes „Verwirrtheit" anführen, dass derselbe älter ist als die Verwendung desselben für den heute im Allgemeinen damit verbundenen Begriff. Weniger erfreulich ist dagegen, dass auf diese Weise Endformen der Manie und Melancholie unter Paranoia abgehandelt werden, und dass die secundären Schwächezustände von einander getrennt an 3 verschiedenen Stellen besprochen werden.

Der dritte Abschnitt des speciellen Theils umfasst „geistige Störungen verbunden mit dauernden anatomischen Veränderungen des Gehirns oder mit allgemeinen Erkrankungen". Doch schon die erste Krankheitsform, die Dementia, durchbricht z. Th. den gegebenen Rahmen, indem sie auch den primären Blödsinn enthält. Ihr folgen Dementia senilis, Dementia paralytica und sonstige Blödsinnsformen mit Lähmung. Bei der Besprechung der Paralyse wird in Bezug auf die Beziehung derselben zur Syphilis ein vorsichtiger Standpunkt gewahrt und in letzterer nur ein schwächendes Moment neben andren gesehen. — Die folgenden Capitel behandeln die Seelenstörungen mit Epilepsie, mit Hysterie und mit Neurasthenie, namentlich die letztere, ziemlich ausführlich. Unter den durch Vergiftungen bedingten psychischen Störungen ist dem Alcoholismus eine breitere Darstellung gewidmet, während der Morphinismus recht kurz behandelt wird und z. B. die durch Chloral und Nicotin hervorgerufenen Störungen hier ganz übergangen werden. Den Schluss dieses Abschnitts wie des ganzen Buches bildet der Schwachsinn, sowohl der erworbene wie der angeborene, sammt Idiotie und Cretinismus.

Dass gegen die Eintheilung des Verf.'s schwere Einwände gemacht werden können, ist ihm selbst nicht verborgen. Der schwerste ist wohl der, dass zu einander Gehöriges mehrfach aus einander gerissen wird, und dass die Kriterien der Haupteintheilung nicht streng durchgeführt werden. Dagegen wird man nur billigen können, dass die Zahl der aufgestellten Krankheitsformen eine beschränkte ist. So werden Tobsucht und Delirium acutum unter Manie, hypochondrisches Irresein und Zwangsvorstellungen unter den Seelenstörungen mit Neurasthenie, moralischer

Digitized by Google

Schwachsinn unter Schwachsinn beschrieben, aber nicht als besondre Krankheit aus der grösseren Gruppe losgelöst. Dass auch die (primäre) Verwirrtheit weggefallen ist, ward schon erwähnt. Ihre Erscheinungen finden sich unter Manie und neurasthenischem Irresein.

Die nöthigen psychologischen und psychophysischen Ausführungen sind im Gegensatz zu andren Lehrbüchern nicht in einen gesonderten Abschnitt verwiesen, sondern an verschiedenen Stellen, besonders im Abschnitt über die Zeichen geistiger Störungen, der Darstellung eingeflochten. Hierdurch wird die sonst doppelte Einleitung — die gehirnanatomisch-physiologische und die psychologische — vermieden.

Die Schreibart ist überall eine klare und bündige, die Auffassung eine durchweg verständige und, soweit dies überhaupt bei einem noch im Flusse befindlichen Gegenstande möglich, den herrschenden Ansichten entsprechende. Besonders mögen hier noch die zweckmässigen Abbildungen erwähnt werden; die Gesichtstafeln veranschaulichen den Ausdruck bei verschiedenen Krankheitszuständen in sehr lehrreicher Weise.

Hans L.

***Krafft-Ebing, R. v.*, Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie mit Berücksichtigung der Gesetzgebung von Oesterreich, Deutschland und Frankreich. 3. umgearbeitete Auflage. — Stuttgart, Enke. 1892. 488 S.**

Der unermüdliche Fleiss des Verf.'s hat uns wieder mit einer neuen Auflage bereichert, das beste Zeugniss für ihre Brauchbarkeit. Die Mittheilungen über die Literatur und die Fortschritte der Wissenschaft gestalten das Lehrbuch auch zu einem Handbuche. Neue Abschnitte sind die Capitel: Wahnsinn, Paranoia politica, Morphinismus und Cocainismus, Neurasthenia, traumatische Neurose, die Menstruation in ihrem Einfluss auf das Geistesleben, der Eifersuchtswahn, das Irresein in Zwangsvorstellungen, die transitorischen Störungen des Geistes bei Gebärenden und Neuentbundenen. Das Werk ist ein verlässlicher Führer und Rathgeber.

L.

***Laehr, H.*, Die Literatur der Psychiatrie im XVIII. Jahrhundert. Festschrift zum 50jährigen Jubiläum der Heilanstalt Illenau am 27. Sept. 1892. Berlin, Reimer. 1892. 53 S. 4°.**

Durch Mittheilung der vorstehenden Sammlung, welche ebenso die Psychiatrie per se als ihre Hilfsdisciplinen umfasst, sucht Verf. den Beweis zu führen, dass die Wissenschaft, welche niemals sprungweise sich erweitert, den Reformen in der Irrenpflege am Ende des vorigen und im Laufe dieses Jahrhunderts die Wege bahnte, und dass sie in allen civilisirten Staaten gleichzeitig von einzelnen Männern mit Lebhaftigkeit betrieben wurde. *L.*

Digitized by Google

Kleinere Mittheilungen.

Die historische Entwicklung der Irrenfürsorge in österr. Schlesien bis zur Errichtung der neuen Irrenanstalt zu Troppau.

Von k. k. Sanitätsrath Dr. *Alfred Hellwig.*

Es dürfte nicht unzweckmässig sein, dem ersten Jahresbericht der schlesischen Landes-Irrenanstalt, welcher der Oeffentlichkeit übergeben werden soll, einen kurzen Rückblick auf die Entwicklung der Anstalt vorauszuschicken.

Die erste Vorsorge für Geisteskranke in Schlesien wurde im Jahre 1841 getroffen, wo von seiner Kais. Hoheit, dem Durchlauchtigsten Herrn Hoch- und Deutschmeister Erzherzog Maximilian ein ebenerdiges Irrenhaus im Hofraume des Dr. *Heidrich*'schen Krankenhauses zu Troppau errichtet wurde.

Dieser Bau sowie der Uebernahmsact wurde laut Decret des Guberniums in Brünn vom 13. Juni 1843, Kreis-Amts-Erlass vom 4. Juli 1843 Z. 10751 genehmigt. Bei dem geringen Fassungsraum dieses Irrenhauses und dem Umstande, dass schlesische Irre in den Anstalten anderer Kronländer nicht untergebracht werden konnten, die Anhäufung derselben im Lande und im Krankenhause am meisten bedenklich erschien, wurde zum Zwecke der nothwendigen Erweiterung der bestehenden ebenerdigen Irren-Abtheilung mit Landes-Ausschuss-Beschluss vom 16. April 1864 Z. 603 die Aufsetzung eines Stockwerkes angeordnet, welcher Bau um den Preis von 5561 fl. ö. W. hergestellt wurde.

In dem so vergrösserten Gebäude konnten 16—20 Irre untergebracht werden. Ueber den traurigen Zustand dieses Irrenhauses, welches in demselben Style gebaut, der vor Zeiten für solche Anstalten passend schien, den man aber als inhuman und unzweckmässig aller Orten verworfen hat, giebt der Bericht der Krankenhaus-Direction vom 8. September 1869 Z. 521 folgende Schilderung:

„Das Irrenhaus liegt im grossen Hofraume, mit der Fensterfront gegen den jetzigen kleinen Garten, von dem es die Morgensonne absperrt, mit der schmalen Front gegen die nördlich stehenden Fenster des Kranken-

Digitized by Google

zimmers No. 10, welches dadurch bedeutend verfinstert wird. Ein langer, an der Ostseite des Hauses führender Corridor gewährt ebenerdig Zutritt zu 6, im 1. Stock zu 10 Zellen, die vollkommen gefängnissartig gebaut sind, eine Länge von $10^1/_2$ Fuss, eine Breite von $6^1/_2$ Fuss, eine Höhe von 11 Fuss besitzen und zum Theil nur durch ganz kleine, eng vergitterte, unmittelbar unter der Decke liegende Fenster schwach erleuchtet wurden. An den weiss getünchten Wänden befinden sich rechts und links angemauerte Ringe zum Anketten tobsüchtiger Kranker. Das Mobiliar besteht in einem hölzernen Bette und Zugehör (oder einem Strohsacke oder auch nur aus einem Bündel Stroh) nebst einem Leibstuhle, dessen einzelne nicht befestigte Bestandtheile Tobsüchtige schon sehr häufig benutzten, um Wärter und selbst Aerzte in gefährlicher Weise zu attaquiren. Kleine vergitterte Oeffnungen an Decke und Fussboden vermitteln das Ein- und Ausströmen der erwärmten Luft. Im Erdgeschosse befindet sich nebst den 6 Zellen die Waschküche, die Wohnung des Irrenwärters, die Leichenkammer und das Secir-Zimmer. Im ersten Stockwerke über der Leichenkammer ist ein grösseres Zimmer (dessen Fenster über Beschwerdeführung der durch das Toben der Irren beunruhigten Nachbaren vor Jahren schon zugemauert werden mussten) und obenerwähnte 10 Zellen. Sämmtliche Zellen werden durch einen unterirdischen Ofen mittelst Luftheizung erwärmt. Die Erwärmung ist aber eine sehr ungleiche, und während einzelne derselben im Winter ziemlich constant eine Temperatur von 14—15° R. zeigen, können andere kaum bis auf 10—12° geheizt werden.

Dieses Irrenhaus liegt unmittelbar neben den Gebäuden der Anstalt und inmitten aller Gärten, die von der Sperrgasse, Poppen- und Klostergasse hier zusammenstossen, und jeder Schrei der unglücklichen Kranken kann nach allen Seiten gehört, ja die im ersten Stockwerke befindlichen Kranken, die mit Vorliebe an den Fenstern sich aufhalten, können von den Nachbargärten gesehen werden. Die Klagen der Nachbarn über das Toben der Kranken wiederholen sich häufig und vor einiger Zeit erst erging die Mahnung an den Irrenwärter, er möge die armen Kranken nicht misshandeln, weil man deren Geschrei davon ableitete. Für das ganze grosse Gebäude, das monatelang mit 20—24 Irren bevölkert war, ist ein einziger Wärter bestimmt, dessen physische Kräfte kaum ausreichen, die Zellen zu reinigen und die Kranken zu nähren, geschweige dieselben zu beobachten und Tag und Nacht zu überwachen, wie es doch die Wissenschaft und die Humanität gleich strenge gebieten! So musste wegen Mangel an Aufsichtspersonal seit jeher in der Anstalt zum traurigsten aller Zwangsmittel, zum Anketten der Kranken, geschritten werden. Trotzdem kam es zweimal vor, dass Kranken sich erhenkten, und einmal, dass einer, der sich Feuerzeug zu verschaffen wusste, sein Stroh anzündete und in der engen verschlossenen Zelle erstickte. Die neben den Zellen untergebrachte Leichenkammer ist auch ungemein klein, ohne Fenster und kann nicht gelüftet werden, daher sie für das Irrenhaus ein beständiges Depot von

Digitized by Google

Leichengeruch abzugeben pflegt. Die Irrenanstalt ist somit der wundeste Theil des Dr. *Heidrich*'schen Krankenhauses!"

Auf Grund dieses Berichtes der Krankenhaus-Direction, wurde mit dem Landtagsbeschlusse vom 28. October 1869 der schles. Landesausschuss beauftragt, über die Zustände des hierortigen Dr. *Heidrich*'schen Krankenhauses die nöthigen Erhebungen zu pflegen und zur Beseitigung der anerkannten Mängel die erforderlichen Anträge zu stellen. Zu diesem Behufe wurden die Herren Med. Dr. *Ed. Czeicke*, k. k. Reg.-R. und Landessanitätsreferent, sowie Herr Dr. med. *Oehl* angegangen, sich durch eigene Wahrnehmungen über den Zustand der hierortigen Krankenanstalt die nöthigen Erfahrungen zu sammeln und über den Bericht der Krankenhaus-Direction vom 18. September 1869 ihre Gutachten zu erstatten, welch' letztere zuletzt unterm 30. April und 15. Juni 1870 dem Landesausschuss vorgelegt wurden. Nachdem über dieselben auch noch die Krankenhaus-Direction einvernommen war, wandte man sich unter Zulage der über Verordnung des Landesausschusses durch die k. k. Staatsverwaltung von den betreffenden Organen abgeforderten Berichte über die übrigen im Lande bestehenden Krankenhäuser unterm 20. Februar 1870 an den schles. Landessanitätsrath mit dem Ansuchen, seine Schlussgutachten abzugeben; derselbe äusserte sich am 24. Mai 1871 folgendermaassen:

Irrsinnige können in der bestehenden sogenannten schlesischen Irrenanstalt weder beobachtet noch entsprechend behandelt werden. Es wird daher, falls eine abgesonderte derartige Anstalt in Schlesien aus ökonomischen Rücksichten nicht errichtet werden könnte, die Betheiligung an einer Vergrösserung der mährischen Anstalt, die Gewinnung und Sicherung von 100 bis 150 Plätzen für schles. Irre, am meisten zu empfehlen. Schon zur Zeit der Errichtung des ebenerdigen Krankenhauses für Irre betonte man nachdrücklich, dass darin solche Kranke nur beobachtet, nicht behandelt werden, sondern dass sie, nach genauer Erforschung ihres Zustandes, sofort in ihre Heimath oder in eine ordentliche Irrenanstalt abgehen sollten. Damals hatte Schlesien noch einen Antheil an der alten mährischen Irrenanstalt zu St. Anna in Brünn. Als aber im Jahre 1861 die neue Irrenanstalt in Brünn eröffnet wurde, an der sich Schlesien nicht betheiligte, ergaben sich ausserordentlich lästige Verzögerungen bei der Aufnahme von Geisteskranken aus Schlesien.

Man wendete sich Anfangs des Jahres 1865 nach Wien und Prag, um Aufnahme zu erwirken, wurde jedoch wegen Platzmangels abschlägig beschieden. In Brünn wurde die neue Anstalt eben erst belegt, und der mährische Landesausschuss erklärte unterm 7. Februar 1864, dass Schlesien in Brünn mit Rücksicht auf den vorhandenen Belegraum würde aufgenommen werden. Solche Verhandlungen zogen sich durch Wochen und Monate hin; im Dr. *Heidrich*'schen Krankenhause befanden sich aber 6 Zellen und 15 Irre, die theilweise in anderen Krankenzimmern untergebracht waren. Die daraus hervorgehenden Verlegenheiten wurden nach und nach

Digitized by Google

fühlbar, dass allen Ernstes daran gedacht wurde, eine eigene schles. Landes-Irrenanstalt zu bauen. „Da aber", sagt die Krankenhaus-Direction in einem weiteren Berichte an den hohen Landesausschuss, „selbstverständlich nicht Knall und Fall an einen so wichtigen Neubau gegangen werden kann, schien es opportun, ein Provisorium zu treffen, als geeignet, den Uebelständen, welche aus zu grossem Andrange von Geisteskranken entschieden entstehen, wenigstens theilweise abzuhelfen."

Der Nutzen der im Jahre 1864 erfolgten Erweiterung war nach diesem Berichte folgender: Wird der Usus strenge gehandhabt, Kranke nach gepflogener Beobachtung zu entfernen, das ist, in die Gemeindeversorgung oder nach Brünn abzugeben, und nimmt Brünn solche Kranke jederzeit an, was bisher nicht erwiesen ist, da keinerlei Vertrag besteht, so ist das Gebäude viel zu gross, indem jährlich etwa 26 bis 30 Irre aufgenommen werden, aber nur 4 bis 6 sich durchschnittlich in Pflege befinden. Für diesen Zweck genügen vollständig die 6 ebenerdigen Zellen, während der freundlichere erste Stock leer steht, und da er für andere Kranke nicht verwendbar ist, unnütz erscheint. Werden aber die Irrsinnigen in Brünn oder in anderen Anstalten nicht aufgenommen, welcher Fall bei der stetigen Zunahme des Irrsinns in allen Klassen leicht möglich ist, so häufen sich dieselben binnen kurzem in der Weise an, dass der Raum bei weitem nicht genügt, denn da unter den in einem Jahre durchnittlich aufgenommenen Irren sich midestens 10 bis 15 befinden, die über ein Jahr in der Anstalt verbleiben oder ganz unheilbar sind, so ist nach einem Jahre schon der vorhandene Belegraum von 21 Betten in Anspruch genommen, und neu Ankommende können nicht mehr untergebracht werden.

Der Vorschlag der Direction im Jahre 1869 ging dahin, durch passende Umänderung der 6 ebenerdigen Irrenzellen freundliche besser eingerichtete Beobachtungszimmer herzustellen. Zu dem Zwecke sollen die eisernen Ringe von den Wänden entfernt, die Wände mit einem Oelfarbenanstrich versehen, die Betten niedrig ohne Ecken und Kanten mit festgenähten Strohsäcken allseitig bedeckt werden. Die Fenster in den zwei Zellen für Tobsüchtige sollen vergrössert und mit dicken, in eisernen Rahmen befestigten Glastafeln versehen werden. Damit aber die Irrsinnigen sich nicht anhäufen, müssen dieselben, sobald die Krankheit constatirt ist, also nach und nach in 8, längstens 14 Tagen, entweder nach Brünn geführt oder an die Gemeinden abgegeben werden. Um nur einigermaassen die sich darstellenden Uebelstände zu beseitigen, wurde mit Bewilligung des hohen schlesischen Landtages vom 28. Aug. 1870 eine Filiale des Krankenhauses errichtet, damit in der Anstalt für körperlich Kranke und für ruhige Geisteskranke Räume gewonnen werden können. Dieses Provisorium genügte aber auch nicht und konnte übrigens auf die Länge der Zeit nicht bestehen. Die bedauerliche Wahrnehmung der stetigen Zunahme der Geisteskranken in allen Ländern, die Gemeingefährlichkeit vieler Geisteskranken, die Schwierigkeit oder Unmöglichkeit der Heilung solcher Kranker

Digitized by Google

ausserhalb sorgfältig eingerichteter und gut geleiteter Irrenanstalten, die Nothwendigkeit eines langjährigen speciellen Fachstudiums für Irrenärzte endlich die Ueberfüllung sämmtlicher Irrenanstalten und die Unmöglichkeit, schlesische Geisteskranke anderweitig unterzubringen, forderten gebieterisch Abhilfe und stellten die Landesvertretung vor die Alternative, entweder eine eigene Landes-Irrenanstalt für Schlesien zu errichten oder ein Uebereinkommen mit einer anderen Landesvertretung, insbesondere mit jener von Nieder-Oesterreich, Mähren, Böhmen und Steiermark in der Richtung anzubahnen, dass schlesische Angehörige in den dortigen Anstalten Aufnahme finden. Letzterer Weg versprach keine Aussicht auf Erfolg, zumal die Klage über Mangel an Raum zur Unterbringung eigener Landeskinder eine allgemeine war und die Entfernung überall dringend gefordert wurde. Ueberdies erschien auch die Versorgung der schlesischen Irren in auswärtigen Anstalten, schon an sich nicht empfehlenswerth, wegen des weiten Transportes auch kostspielig und nicht immer ausführbar. Auf eine Erweiterung der Schlesien am nächsten gelegenen Irrenanstalt in Brünn auf Kosten Schlesiens war nicht zu rechnen, da Schlesien die Concurrenz zum Baue der neuen mährischen Landes-Irrenanstalt früher abgelehnt hatte, der gemeinschaftliche Irrenfond zwischen Mähren und Schlesien getheilt wurde, und so fasste der Landtag am 13. October 1871 Session X einen Beschluss, in welchem derselbe die Nothwendigkeit der Errichtung einer schlesischen Landes-Irrenanstalt anerkannte. Dieser Beschluss lautet:

„Bei der anerkannten Nothwendigkeit der Errichtung einer schlesischen Landes-Irrenanstalt, in welcher mindestens 150 Geisteskranke beiderlei Geschlechtes, bemittelte und unbemittelte, unter Einhaltung des Systems der Trennung der Männer und Weiber, der heilbaren und unheilbaren, der ruhigen und unruhigen Kranken, Unterkunft finden, wird der schlesische Landesausschuss ermächtigt und beauftragt:

1) Durch fachmännische Commissionen, nach vorhergegangener Erledigung der Frage, welche Anzahl von Aerzten, Beamten, Dienern und Wärtern anzustellen sein würde, dann ob für die Beschaffung der Verpflegungsbedürfnisse das System der Eigenregie oder jenes der Verpachtung angenommen werden soll, ein detaillirtes Bauprogramm ausarbeiten zu lassen. 2) Eine tauglichere Anlage und einen Bauplatz für die zu errichtende Anstalt in der Nähe Troppaus, zu vermitteln. 3) Auf Grund des Bauprogramms und dieser Ermittelung von einem oder mehreren Sachverständigen gegen entsprechende Entlohnung die betreffenden Baupläne sammt Kostenvoranschlägen anfertigen und selbe durch fachmännische (aus Irrenärzten und Bauverständigen zusammengesetzte Commission) prüfen und beurtheilen zu lassen. 4) Alle diese Vorlagen, sammt den erforderlichen Anträgen, insbesondere bezüglich der Beschaffung der Geldmittel, dem Landtage in seiner nächsten Session vorzulegen.

Es ist begreiflich, dass die Lösung einer so wichtigen und namentlich finanziell sehr schwerwiegenden Frage, wie die Errichtung einer eigenen

Digitized by Google

Irren-Heilanstalt, nur schrittweise erfolgen konnte. Jeder Schritt hierbei will sorgsam überlegt, jeder Vorschlag durchberathen sein, jede Ueberstürzung muss vermieden werden. Der Gegenstand soll nach allen Seiten erschöpfend behandelt und dem hohen Landtag ein völlig spruchreifes Material geboten werden.

Inzwischen, und nachdem es evident war, dass der Bau einer solchen Anstalt noch geraume Zeit auf sich werde warten lassen, erschien ein Provisorium nothwendig. Die Klagen wegen Ueberfüllung der fremdländischen Anstalten und Zurückweisung hilfsbedürftiger Schlesier mehrten sich, die sogenannte Irrenabtheilung bei der Troppauer Dr. *Heidrich*'schen Krankenanstalt entsprach in keiner Weise auch nur annähernd dem Bedarfe und musste aus sanitären und humanitären Rücksichten geschlossen werden, und so führte die dringende Nothwendigkeit, wenn nicht alle, so doch wenigstens die gemeingefährlichen Geisteskranken entsprechend unterzubringen, zu der Errichtung der Irrenpflegeanstalt in Stadt-Olbersdorf (Landtags-Beschluss vom 24. November 1872). Die Auswahl des Ortes für eine solche Anstalt stand keineswegs in dem Belieben der Landesvertretung, sondern die Station ergab sich für damals von selbst, indem die diesfälligen Erhebungen nur 2 Offerten hervorriefen, von welchen eine das Spital in Jägerndorf, welches aber später und noch vor Beendigung der Verhandlungen mit dem Lande zu Militärs-Bequartierungs-Zwecken verwendet wurde, das zweite Offert aber das Schlossgebäude in Stadt-Olbersdorf betraf. Diese Realität sammt dazugehörigem Garten wurde denn auch am 4. Februar 1873 um den Jahreszins von 2500 fl. ö. W. auf unbestimmte Zeit gemiethet und daselbst unter Leitung des zwischenweilig auf diesen Posten berufenen Irrenarztes Dr. *Josef Friedrich* die Irrenpflegeanstalt am 1. Mai 1873 eröffnet. Nach festgestelltem Statute war die Anstalt zur Aufnahme, Verwahrung und Pflege der gemeingefährlichen, nach Schlesien zuständigen Kranken bestimmt. Dieselbe war daher ihrem Wesen nach und statutenmässig eine Detentions- aber keine Heilanstalt. Die Statuten regelten die Aufnahme der Kranken, die Erhaltung und Kleidung, sowie die Stellung des Personales und enthielten die Normen über die Einlieferung der Kranken, deren Behandlung, Entlassung und die Kosten derselben. Die Instruction vom 17. Mai 1873 normirte den Vorgang der Direction des Dr. *Heidrich*'schen allgem. Krankenhauses bei Aufnahme und Entlassung zweifelhafter Geisteskranker, sowie die Erlässe des Landes-Ausschusses vom 1. Januar 1873 Z. 2474 und 30. September 1873 Z. 3572 die Gemeinden über das bei Abgabe von Kranken in die genannte Irrenpflegeanstalt einzuhaltende Verfahren belehrten. Das Verhalten der Wärter und Diener ist durch besondere Instructionen geregelt gewesen.

Obwohl anfänglich nur auf höchstens 36 Plätze berechnet, erfuhr die Anstalt mit Landtagsbeschluss vom 31. März 1876 eine Erweiterung auf 50 Plätze; durch Einräumung der Gutsverwaltungs-Wohnung nächst dem Schlosse stieg die Anzahl der Betten auf 74 Stück. Durch den im Jahre

Digitized by Google

1882 vollzogenen Neubau der Waschküche, durch Herrichtung der alten Waschküche, Mangelkammer, Kanzlei u. s. w. zu Krankenzimmern, wurde der Belegraum bis auf 90 Betten erhöht.

Wenn mit der Errichtung der Olbersdorfer Irrenpflegeanstalt ein Fortschritt in der Versorgung und Pflege der Geisteskranken gegenüber den früher bestandenen Verhältnissen geschehen ist, so muss doch behauptet werden, dass diese Anstalt selbst als Detentions-Anstalt ungenügend war, und die Vorsorge, welche den Geisteskranken des Landes dort gewidmet werden konnte, dem Standpunkte welchen die Humanität damals bereits einnahm, nicht entsprochen hat. Die Uebelstände jenes Irrenhauses steigerten sich im Laufe der Jahre mit der Zunahme der Kranken bis zur Unerträglichkeit. Das Schloss, ein einstöckiges Gebäude, von dem einzelne Theile schon im Jahre 1873 baufällig waren, bedurfte Herstellungen, die sich fast alljährlich wiederholten, und die Reparaturen, Bauveränderungen, Flickwerke aller Art kosteten das Land viel Geld. Der erste Stock enthielt auf der rechten Seite 6 Zimmer und einen schmalen Gang für die weiblichen, auf der linken Seite 5 Zimmer und einen Corridor für die männlichen Pfleglinge. Im Parterre war die Wohnung für den Oberwärter, die Kanzlei, Waschküche und Mangelkammer. Mit der wachsenden Krankenzahl mussten im Schlosse Räume zur Aufnahme von Kranken geschaffen werden, welchem Bedürfnisse dadurch entsprochen wurde, dass ein vor dem Schlosse gelegenes einstöckiges Häuschen, die Gutsverwaltung, zur Anstalt gemiethet wurde, und durch Umgestaltung der alten Waschküche, Mangelkammer, Kanzlei u. s. w. weitere Krankenräume gewonnen wurden. Eine Waschküche mit daneben befindlicher Mangel- zugleich auch Badekammer und ein Holzschuppen im Garten des Schlosses wurde in Riegelwänden neu errichtet. Die sanitären und hygieinischen Verhältnisse dieser Anstalt waren höchst mangelhaft; die Räume schlecht ventilirbar, für Canalisation keine Vorsorge getroffen. Badelocalitäten gab es anfangs keine, und auch später wurden die in der Mangelkammer untergebrachten Badewannen mehr zu Reinigungs- als zu therapeutischen Zwecken verwendet. Die Zellen dienten zum Aufenthalte von 2 und noch mehr Kranken, hatten vergitterte Halbfenster, einen weichen Bretterboden, der Unrath aller Art durchliess und aufsog und weissgetünchte Wände. Das Verhalten der Insassen dieser Zellen konnte durch eine Beobachtungsvorrichtung in der Thüre nur so lange beobachtet werden, als das Tageslicht währte; später musste zu Beobachtungszwecken mit einer Kerze das Innere der Zellen betreten werden. Die Heizung war für zwei Zellen zumeist gemeinschaftlich und zwar durch einen von aussen zu heizenden vermauerten Ofen zwischen beiden Zellen. In der Zwischenwand vermittelte ein hoch angebrachtes vergittertes Loch die Circulation der erwärmten Luft beider Zellen. Selbstverständlich konnte hier ein endlich ruhig gewordener Kranker durch seinen lärmenden Nachbar wieder gestört werden, und der Lärm konnte ihn an Ruhe und Schlaf hindern. Neben solchen Zellen

Digitized by Google

waren Schlafräume für ruhige Kranke, und die Thüren aller mündeten auf den Corridor, der zum Aufenthalte der Kranken unter Tag diente. Auf der Frauenabtheilung war eine kleine Kammer mit innen angebrachten eisernen Fensterläden als einziger Isolirraum, der sonst auch zwei Kranken als Schlafraum diente, vorgesehen. Genügte derselbe nicht, so bediente man sich des Raumes innerhalb der Doppelthüren zur Isolirung unruhiger Kranker. Zwangsmittel aller Art spielten hier keine geringe Rolle in der Behandlung der Kranken, zumal das Anstaltspersonal unter Leitung des definitiv angestellten Irrenarztes Dr. *Josef Friedrich* aus einem Manipulanten, zwei provisorischen Wärterinnen, zwei provisorischen Wärtern und zwei provisorischen Hausdienern bestand. Das Wartepersonal wurde später bis auf 6 männliche und 3 weibliche erhöht. Von einer den Heilzwecken entsprechenden Beschäftigung konnte hier nicht die Rede sein. Pfeifenrauchen war bei männlichen Kranken und ihren Pflegern sehr beliebt und konnte bei letzteren aus der Länge und Beschaffenheit der Tabakpfeifen auf Rang und Dienstalter derselben geschlossen werden. Das ägyptische Traumbuch und das kleine Lottospiel verschafften Kranken und Pflegern angenehme Zerstreuung. Ein Kranker führte sogar Buch über sämmtliche im Jahre gezogenen Nummern der Olbersdorfer Lotto-Collectur, dem von einem frei verkehrenden Patienten manche Kreuzer von Pfleglingen und Pflegern, auf Grund der Wahrscheinlichkeitsrechnung des Buch führenden Kranken, im Eilschritte zugetragen wurden. Eine wenig gewählte Bibliothek, ferner die „Freie schles. Presse“ nebst Kartenspiel boten einigen Kranken die nöthige Zerstreuung. Von den weiblichen Pfleglingen wurden einige von der Oberwärterin zu ihren privaten Arbeiten, andere zu häuslichen Verrichtungen, Strümpfe stricken, Wäsche ausbessern und waschen, verwendet.

Die Bespeisung der Kranken und ihres Pflegepersonals wurde im Offertwege gepachtet und stand weder der Preis, noch die Güte der Speisen im Verhältnisse zur Bespeisung in eigener Regie. Vor Allem trachteten die Pächter, die Ansprüche des Wartepersonals zu befriedigen, damit dieses keinen Anlass zur Klage über Qualität und Quantität der Kost gäbe, wenn auch zum Theil auf Kosten der Bespeisung der Kranken.

Die Gesammtsumme der Ausgaben vom Jahre 1874 bis Ende December 1889 betrug 345323 fl. 87½ kr. bei einer Gesammtsumme der Verpflegungstage von 380349. Im Mittel stellten sich die Kosten pro Kopf und Tag während dieser 16 Jahre auf ca. 96 kr. Mittleres Heil- und Sterbeprocent im Verhältnisse zu:

Gesammtstand:		Abgang:
geheilt	7,60	26,96
gestorben	12,61	46,35.

Das mit Landtagsbeschluss vom 13. October 1871 erwähnte Bauprogramm für eine neue schlesische Landesirrenanstalt für 150 Kranke wurde von Herrn Dr. *Köstl* verfasst und dem Landtage im Jahre 1878 vorgelegt,

Digitized by Google

welches aber, die Finanzkräfte mit einer Bausumme von ca. 600000 fl. we übersteigend, nicht genehmigt werden konnte. Dr. *Kösti's* Project wurd hauptsächlich dadurch so theuer, weil er mit der neuen Irrenanstalt ei neues Krankenhaus vereinigt wissen wollte. Eine solche Vereinigun beider Landesanstalten hätte am wirksamsten dem Vorurtheile des Publ kums gegen Irrenanstalten gesteuert. So musste ein neues Bauprogramm ausgearbeitet werden auf Grund der Irrenzählung im Jahre 1880, nac welcher es in Schlesien 110 männliche und 103 weibliche Geisteskrank gab. Es fielen hiernach bei einer Bevölkerung von 589911 Seelen 0,3 Geisteskranke auf je 1000 Einwohner im Lande, und würde sohin de gegenwärtige Krankenstand einen Belegraum für 212 Personen erforder Mit Rücksicht aber auf die beständige Zunahme der Geisteskranken sollt auf die mögliche Erweiterung des Belegraumes bis auf die Zahl vo 400 Kranken Bedacht genommen werden. Diese neue Projectverfassun wurde dem Landes-Ingenieur Jordan übertragen, der mit dem Leiter de Irrenpflegeanstalt Dr. *Josef Friedrich* zum Zwecke des Studiums von Irre anstalten eine Reise in Oesterreich, Deutschland und der Schweiz im Apri 1883 antrat. Der im Druck erschienene Reisebericht wurde mit de neuen Bauprogramm am 22. Februar 1885 dem Landesausschuss unterbreit und gleichzeitig als für die Ueberprüfung der Angelegenheit geeignet Persönlichkeit der Director der nied.-österr. Landesirrenanstalt Herr Pro Dr. *Schlager* in Vorschlag gebracht. Mit der Ausarbeitung des Projectes wurde der Architekt Waldemar Osterloff betraut, welcher beim Baue de badischen Irrenanstalt zu Emmendingen thätig gewesen, und mit 1. April 188 begann die Ausarbeitung des Projectes und der Bau nahm einen ungestör ten Fortgang bis zu seiner Vollendung am 29. März 1888.

Mit diesem Tage wurde die alte Pflegeanstalt zu Stadt Olbersdo aufgelassen, und sämmtliche Kranke (89) sowie das gesammte Mobil mittelst Sonderzuges der schlesischen Centralbahn in die neue Anstalt zu Troppau überführt.

Eine ausführliche Beschreibung dieser Anstalt erschien als Sonder abdruck der „Wiener klinischen Wochenschrift", 1890, No. 32. Die Summ aller Ausgaben für die neue Anstalt betrug 592706 fl. 9½ kr. Nach Gegen überstellung der Einnahmen des Baufonds von 613365 fl. 53 kr. ergab sich ein Ersparniss beim Bau von 20659 fl. 43½ kr.

Für den Verfasser dieser Zeilen, als alleinigen Arzt dieser neuen Anstalt, erwuchsen mit ihr neue Mühen und Sorgen und unendlich viel Arbeit. Galt es doch, mit den alten Traditionen zu brechen und ein neues frisches Leben, angepasst der modernen Anstalt, in derselben be gründen!

Hat das Land schon durch die Erbauung dieser neuen Anstalt, welche die modernsten Einrichtungen besitzt, das grösste Wohlwollen der Irren pflege entgegengebracht, so spricht noch mehr hiefür das Verhalten des Landtages, der zum Zwecke des Bestandes eines guten Pflegepersonales,

Digitized by Google

diesem neben gutem Lohn noch Quinquinalzulagen, sowie Altersversorgung für sich und ihre Angehörigen zusicherte, die Zahl der Aerzte bei einem täglichen Krankenstand von über 200 Kranken in der letzten Landtagssession auf drei erhöhte und die Bestellung des Wartpersonals bis zu einem Fünftel des Krankenstandes als Grenze bestimmte.

Königsberg i. Pr. — Die medicinisch-klinischen Institute hiesiger Universität haben neuerdings mehrfache Ergänzungen und Erweiterungen erfahren. Eine der wesentlichsten — und speciell den Anforderungen der Psychiatrie Rechnung tragende — ist die Errichtung einer Psychiatrischen Universitätsklinik, die unter dankenswerther Zustimmung der städtischen Behörden in der städtischen Krankenanstalt eingerichtet und mit dem 1. October d. J. ins Leben getreten ist. Mit der Direction dieser neuen Universitätsklinik ist von dem gedachten Zeitpunkte ab Seitens des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten Prof. Dr. *Meschede* beauftragt worden. Wie aus den in dieser Zeitschrift mitgetheilten statistischen Zusammenstellungen der über die städtische Krankenanstalt zu Königsberg veröffentlichten Jahresberichte ersichtlich ist, ist seit einer Reihe von Jahren die Zahl der jährlich der Irrenabtheilung genannter Krankenanstalt zufliessenden (überwiegend heilbaren) Geisteskranken eine recht erhebliche gewesen; in den letzten Jahren hat sie pptr. 180—200 betragen. Da der Leiter der psychiatrischen Klinik zugleich auch Director der gesammten städtischen Krankenanstalt ist und ihm speciell auch die Kranken der inneren Abtheilung unterstellt sind, so ist anzunehmen, dass in Folge der solcher Gestalt bestehenden Personal-Union die wichtigen pathologischen und pathogenetischen Beziehungen, welche zwischen den psychischen Erkrankungen und dem gesammten Gebiete der inneren Krankheiten überhaupt bestehen, und die sich daraus ergebenden therapeutischen Gesichtspunkte ihre ganz besondere Würdigung finden werden. —

Aus der Provinz Brandenburg. — Nachdem der Provinzial-Landtag der Provinz Brandenburg unter dem 25. Februar l. J. die Errichtung einer Irrenpflege- und Siechenanstalt zu 1000 Betten einstimmig beschlossen hat, hat der Landesdirector, Herr von Levetzow, mit Zustimmung des Provinzial-Ausschusses ein Grundstück von 453 Morgen bei Neu-Ruppin zu dem Zweck angekauft. Die Lage des Grundstücks und die Beschaffenheit des Bodens sind vorzüglich. Die Entfernung des Grundstücks bis zur Stadt beträgt etwa 1,5 km, von dem Bahnhof 0,75 und von dem See 0,75 km. Am See wird eine Badeanstalt und ein Bollwerk errichtet, das

Digitized by Google

letztere sowie der Bahnhof durch Schienengeleise mit der Anstalt verbunden. Die Stadt Neu-Ruppin zahlt zu den Kosten zur Erwerbung des Grundstücks 200000 M., die Provinz 181200 M., also nur 400 M. pro Morgen. Der vom Geheimrath *Zinn* entworfene Situationsplan der gesammten Anstalt und die von ihm entworfenen Grundrisse für die Disposition sämmtlicher Krankenhäuser liegen der zuständigen Behörde bereits vor, und wird 1893 mit dem Bau begonnen und derselbe voraussichtlich 1897 fertig gestellt sein.

Aus Russland. — In Winitza, Kreisstadt des Gouvernements Podolien, soll eine neue Irrenanstalt für 800 Kranke errichtet werden. Diese Anstalt soll Centralanstalt für die süd-westlichen Gouvernements sein. Das Areal ist in der Nähe der Stadt Winitza, beträgt 40 Desjatinen (1 Desjatin = 4,279 preuss. Morgen) und liegt an den Ufern des südlichen Bugs. Bis jetzt sind für den Bau 800000 Rubel bestimmt, doch ist wahrscheinlich, dass diese Summe nicht reichen wird. *v. R.*

Nekrolog *Liebmann.* — Nach dreitägigem Influenzaanfalle verschied am 25. Februar 1892 zu Coburg in Folge von Herzlähmung der langjährige Leiter der herzogl. S.-Meiningen'schen Irren-Heil- und Pflegeanstalt Hildburghausen, Geb. Med.-Rath Dr. *Eduard Liebmann.* —

Eduard Liebmann, geboren am 7. Mai 1823 zu Reichmannsdorf, Kreis Saalfeld, in Sachsen-Meiningen, besuchte das Lyceum in Saalfeld und studirte, nachdem er vorher zwei Jahre als Apothekerlehrling in dem benachbarten Städtchen Gräfenthal zugebracht hatte, von 1842—1847 Medicin auf den Universitäten Jena, Würzburg (woselbst er 1845 promovirt wurde), Prag und Wien. Nach absolvirtem Staatsexamen für das Fürstenthum Schwarzburg-Rudolstadt etablirte er sich im Januar 1848 als praktischer Arzt in Katzhütte a. d. Schwarza, aber schon zwei Jahre später vertauschte er diesen Ort mit dem industriereichen, meiningen'schen Dorfe Lauscha, Kreis Sonneberg, und zwar nachdem er den damaligen Verhältnissen entsprechend Maturitätsexamen und ärztliche Staatsprüfung fürs Herzogthum Sachsen-Meiningen nachgeholt und sich mit Natalie, geb. Dressel aus Limbach, vermählt hatte. Im November 1852 bestand er die Physikatsprüfung, auf Grund welcher ihm 1856 das Physikat des Verwaltungsamtes Gräfenthal übertragen wurde, das er bis zum Frühjahr 1865 verwaltete. In diese Zeit erfolgte seine Ernennung zum Director der neu erbauten herzoglichen Irren-Heil- und Pflegeanstalt Hilburghausen. Fünf Monate vor Uebernahme der Direction wurden noch zu einer fachwissenschaftlichen Reise im Sinne der bevorstehenden neuen Thätigkeit verwendet; erst am 28. September 1865 trat *Liebmann* seine Stelle als Director an. Durch 23 Jahre hat er seines Amtes mit unermüdlichem Fleiss, peinlicher Gewissenhaftigkeit und sehr anerkennenswerthen Erfolgen gewaltet. Mit

Digitized by Google

54 Kranken (31 Männer, 23 Frauen) zog er am 21. Juni 1866 aus der alten Irrenanstalt nach dem damals noch unfertigen neuen Asyl, welches unter dem bald darauf erfolgenden Anschluss der beiden Nachbarstaaten Coburg-Gotha und Schwarzburg-Rudolstadt von Jahr zu Jahr an Frequenz stetig wachsend und um vier Dependancen bezw. Colonien erweitert ihn mit einer Krankenzahl von über 400 Köpfen am 9. August 1888 von sich scheiden sehen musste.

In psychiatrischen Dingen war *E. Liebmann* wesentlich sein eigener Lehrer. *Conolly*'s Geist des No-Restraint, welcher gerade zu Ende der sechziger Jahre Deutschland besonders mächtig durchwehte, fand in seinem durchaus humanen und liebenswürdigen Wesen fruchtbaren Boden, in seiner Persönlichkeit einen überzeugten und consequenten Vertreter. Mechanischen Zwang hat Hildburghausen unter *Liebmann* so gut wie niemals gesehen. Dabei war er jedoch äusserst conservativ. Es war sein Streben, nach dem Muster älterer, bestrenommirter Anstalten der ihm anvertrauten Gemeinde patriarchalischen Charakter und den Stempel seines eigenen Geistes aufzuprägen, wozu er als Thüringer für Thüringen vielleicht auch besonders geeignet war. Weitergehender praktischer Entwicklung einer systematischen freieren Irrenbehandlung erwies er sich abhold, obwohl ihm Gelegenheit wurde, auf einer Seitens der Regierung angeordneten Instructionsreise sich von den Verhältnissen an den diesbezüglich vorgeschrittensten Irrenanstalten Deutschlands durch persönliche Wahrnehmung zu unterrichten. Mit peinlicher Gewissenhaftigkeit aber, fast möchte ich sagen mit Eifersucht, war er darauf bedacht und unermüdlich stets bereit, seinen Kranken zu helfen und gefällig zu sein, und seine liebevolle Art des Verkehrs sicherte ihm auch dauernd die treue Anhänglichkeit und dankbare Verehrung der Patienten sowohl als seiner Mitarbeiter. Literarisch trat *Liebmann* niemals hervor. Er lebte fast nur der Ausübung seines Berufes, unterhielt wenig geselligen Verkehr, ja nahm im Laufe seiner ganzen 23jährigen Dienstzeit nur dreimal auf einige Tage Urlaub zum Zweck der Theilnahme an den Versammlungen deutscher Naturforscher und des Vereins deutscher Irrenärzte.

Es ist begreiflich, dass die von Jahr zu Jahr sich mehrenden Geschäfte die Kräfte des alternden Mannes in bedeutendem Maasse in Anspruch nehmen mussten, und auch kein Wunder, dass bei dem sonst rüstigen Sechziger ein starkes Lungenemphysem sich entwickelte, welches ihm die Ausübung seines Berufes nicht unerheblich erschwerte. Begleitet von der Liebe seiner Kranken und mit der ausdrücklichen Anerkennung seiner Verdienste um die Entwickelung des heimischen Irrenwesens durch den Landesherrn, der ihn 1879 zum Medicinalrath, 1884 zum geheimen Medicinalrath ernannt, ihn 1878 durch Verleihung des Ritterkreuzes II. Classe des Sachsen-Ernestinischen Hausordens, 1888 durch das Ritterkreuz I. Classe ausgezeichnet hatte, wurde er am 16. August des zuletzt genannten Jahres in den wohlverdienten Ruhestand versetzt und übersiedelte nach Coburg.

Digitized by Google

Nur noch etwas über drei Jahre war es ihm hier vergönnt, den Rest seiner Tage in otio et dignitate zu geniessen, als ihn am 25. Februar 1892 der Tod in den Armen seiner Gattin ereilte. Enkelkinder, Kinder und Wittwe trauern über seinem Grabe. Sein Andenken bleibe in Ehren.

Dr. *Mayser.*

Personal-Nachrichten.

Dr. *Ph. Felgner*, dir. Arzt der Landesanst. zu Hubertusburg ist zum Dir. der Heil- u. Pflegeanst. zu Colditz,

Dr. *H. Nitsche*, Assist. der Heil- u. Pflegeanst. zu Colditz, zum dir. Arzt der Landesanst. zu Hubertusburg,

Dr. *J. Matthaes*, Assist. der Anst. zu Colditz zum 2. ärztl. Vorstande der Landesanst. zu Hubertusburg,

Dr. *Otto Snell*, Assist. der Kreisirrenanst. zu München zum 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Hildesheim ernannt worden.

Dr. *H. Schüle*, Geh. Rath u. Dir. der Heil- u. Pflegeanst. zu Illenau, hat das Commandeurkreuz II. Cl. des Ordens vom Zähringer Löwen erhalten.

Dr. *Martin Steinthal*, Geh. San.-Rath in Berlin und Mitarbeiter dieser Zeitschrift, der Nestor der deutschen Aerzte ist, 94 Jahre alt, sanft verschieden.

Dr. *Osc. Eyfelein*, Dir. der Kuranst. für Nervenkranke zu Blankenburg i. H. nach langem und schwerem Leiden an Morphinismus am 26. Aug. cr. 45 Jahre alt, gestorben.

Digitized by Google

Bemerkungen über das Vorkommen von Tuberculose in den Idiotenanstalten.

Von

Director Dr. **Wulff** in Langenhagen.

Es ist gerade kein sehr erfreuliches Bild, was ich hier aufrollen möchte, und doch muss es gezeigt werden! Dies liegt im Interesse der Anstalten selbst; denn dadurch, dass vorhandene Mängel aufgedeckt werden, wird Veranlassung gegeben, weitere Umschau zu halten und die Wege kennen zu lernen, auf denen der Weiterverbreitung der Tuberculose mit Erfolg entgegengetreten werden kann. Dass wir mit aller Energie diese Wege beschreiten müssen, das werden, hoffe ich, die nachstehenden kurzen Ausführungen deutlich genug beweisen.

Die Tuberculose ist einer der grössten Feinde des Menschen; von 1886—1889 starben durchschnittlich von 100 Verstorbenen rund 13 an Lungentuberculose (Stat. Jahrb. f. d. d. R. 1891). Aber schon lange war die wesentlich grössere Sterblichkeit an Lungentuberculose in den Irrenanstalten aufgefallen. ***Hagen*** kam in seinem bekannten Werke (Stat. Unters. 1876) zu dem Resultate, dass 25 pCt. der in den Irrenanstalten Verstorbenen an Tuberculose zu Grunde gingen, dass Geisteskranke 5 Mal mehr der Tuberculose erliegen, als Geistesgesunde. Ohne weitere literarische Belege hier anzuführen, will ich aus meiner engeren Heimath erwähnen, dass nach *O. Snell* (Die Lungenschwindsucht etc., diese Zeitschr. Bd. 44, p. 166) in der Hildesheimer Anstalt 25,3 pCt. der Verstorbenen an Tuberculose zu Grunde gingen. In der letzten Sitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Weimar, wo diese Angelegenheit zur Verhandlung kam (diese Zeitschr. Bd. 48, p. 465, 599) erstattete *Nötel* Bericht und kam nach seinem, 34 Irrenanstalten betreffenden Berechnungen, zu dem

Digitized by Google

Resultate, dass durchschnittlich rund 19 pCt. der Verstorbenen an Tuberculose zu Grunde gegangen waren. Nach allen Berichterstattern in dieser Sache ist statistisch nachzuweisen, dass gerade die Psychosen mit langem Anstaltsaufenthalt das Hauptcontingent für die Tuberculose stellen; und bekanntlich trifft ein sehr langer Anstaltsaufenthalt ja gerade für die Imbecillen und Idioten zu, so dass wir schon von vorne herein für unsere Idiotenanstalten ungünstigere Verhältnisse voraussetzen müssen. Dass dies auch in Wirklichkeit der Fall ist, ergeben meine folgenden Zusammenstellungen und das muss uns auffordern, der Tuberculose, wie der Prophylaxe derselben, unsere ganz besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Der Weg, den ich ursprünglich einzuschlagen beabsichtigte, um zahlenmässige Belege für die vorliegende Frage zu gewinnen, hat nicht ganz zum Ziele geführt. Ich hatte an 46 deutsche Idiotenanstalten Fragebogen und zwar, um die Beantwortung möglichst leicht zu machen, sehr einfache Fragebogen mit je 11 zu beantwortenden Fragen, versandt; ich habe leider nur 29 beantwortet erhalten und nur in 13 waren die wichtigsten Fragen einigermaassen berücksichtigt. Da naturgemäss im allgemeinen die Beantwortung hier wichtiger Fragen zufriedenstellend nur durch den Anstaltsarzt geschehen konnte (ich will unter mehreren ähnlichen Antworten nur eine hervorheben, worin von einem Nichtarzte erwidert ward, dass Tuberculose in der betreffenden Anstalt nicht vorkomme, wohl aber sehr viel Schwindsucht beobachtet sei!!), hatte ich gebeten, die Anstaltsärzte möglichst bei der Beantwortung der gestellten Fragen heranzuziehen; dies ist bei den zurückgekommenen Fragebogen nur fünfmal geschehen, leider ein Beweis, wie wenig noch die Thätigkeit der Aerzte in den Idiotenanstalten gewürdigt wird! Jedenfalls ist aber bei den eingegangenen Antworten vorauszusetzen, dass die Zahl der Tuberculösen eher zu gering, als zu hoch angegeben ist, wie wir auch später noch weiter sehen werden.

Aus dem mir so zugegangenen Material ergiebt sich nun, dass

1. von 2449 im letzten Jahr verpflegten männlichen Anstaltsinsassen 138 oder 5,6 pCt. überhaupt gestorben sind und zwar 68 oder 2,8 pCt. an Tuberculose, dass also von den Gestorbenen 49,3 pCt. an Tuberculose starben;

Digitized by Google

2. von 1720 im letzten Jahre verpflegten weiblichen Insassen 90 oder 5,2 pCt. starben, davon 42, oder 2,4 pCt. an Tuberculose, also von den Gestorbenen 46,7 pCt. an Tuberculose zu Grunde gingen;

3. von 4538 männlichen und weiblichen Insassen zusammen 249 oder 5,5 pCt. starben und zwar 121 oder 2,7 pCt. an Tuberculose, also von den Gestorbenen 48,6 pCt. an Tuberculose zu Grunde gegangen sind.

Das sind doch sehr traurige Ergebnisse! Es starben also den Irrenanstalten gegenüber in den Idiotenanstalten ziemlich genau die doppelte Anzahl an Tuberculose.

Da mir nun die zurückgesandten Antworten allein, wegen ihrer geringen Anzahl nicht völlig genügten, habe ich einen zweiten Weg eingeschlagen und aus den mir zugängigen Jahresberichten, theils von 1880 an, zum Theil von 1870 an, einige Male auch noch aus früheren Jahren, die darin verzeichneten Angaben für den mir vorliegenden Zweck zusammengestellt. Auch hier muss ich mein Bedauern aussprechen, dass in den Jahresberichten nur zum geringen Theil diese nur der ärztlichen Beobachtung zugängigen Fragen einigermaassen berücksichtigt sind. Wie wenig bisher noch der ärztliche Einfluss in den Idiotenanstalten Geltung hat, kann man auch aus der von *Sengelmann* (Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. u. Epilept. 1890) gegebenen Zusammenstellung ersehen, wo die Leitung oder Mitleitung der Anstalten unter 41 dort angeführten nur viermal einen Arzt betrifft, woraus ferner hervorgeht, dass regelmässige ärztliche Visiten nur in einer verhältnissmässig sehr geringen Anzahl von Anstalten abgehalten werden, ganz abgesehen davon, dass man nicht erfährt, wie oft, in welchen Zwischenräumen sich diese ärztlichen Visiten wiederholen.

Ich habe so aus 15 Anstalten nach ihren Berichten das erforderliche Material zu gewinnen versucht und zwar aus vielen Jahrgängen der einzelnen Anstalt. Dabei ist ja leider bis zu einem gewissen Grade nicht zu vermeiden, dass der subjectiven Auffassung ein gewisser Spielraum gelassen wird, weil nur in den allerseltensten Fällen die Diagnose durch die Obduction sichergestellt wurde, und meinerseits die als Todesursache angegebene Bezeichnung „Abzehrung“ oder „Auszehrung“, auch „Scrophulose

Digitized by Google

mit Lungencatarrh“ und andere ähnliche Bezeichnungen als zweifellose Tuberculose aufgefasst werden mussten.

Demnach ergiebt sich nun, dass in diesen Idiotenanstalten die Mortalität 5,1 pCt.; die Tuberculose-Mortalität 2,1 pCt. betrug und dass von den Gestorbenen 41,0 pCt. an Tuberculose zu Grunde gingen; jedenfalls eine ziemlich genaue Uebereinstimmung mit den Resultaten, die ich aus den zurückgesandten Fragebogen gewonnen habe.

Fasse ich nun die aus den Fragebogen und die aus den Jahresberichten gewonnenen Resultate zusammen, so finde ich eine Mortalität von 5,4 pCt., eine Tuberculose-Mortalität von 2,6 pCt. und ferner, dass von 100 Gestorbenen 44,8 an Tuberculose zu Grunde gegangen sind.

Oben sahen wir bereits, dass in den Irrenanstalten von den Gestorbenen zwischen 20—25 pCt. an Tuberculose starben, in den Idiotenanstalten also ziemlich genau die doppelte Anzahl! In den Irrenanstalten (Publ. d. stat. Bur.) starben in den Jahren 1886 bis 1888 1,3 pCt. der Verpflegten an Tuberculose, in den Idiotenanstalten 2,6 pCt., also wieder die doppelte Zahl! Und doch sollten die Idiotenanstalten eigentlich günstiger gestellt sein, als die Irrenanstalten, da sich in den letzteren mehr die am meisten durch Tuberculose gefährdeten Jahrgänge des mittleren Lebensalters aufhalten, während in den Idiotenanstalten am zahlreichsten die Altersclassen im 1. und 2. Decennium vertreten sind. Ich erwähne noch, dass von der allgemeinen Bevölkerung ausserhalb der Anstalten in Preussen von im Alter von 15—70 Jahren lebenden Personen 0,39 pCt. an Tuberculose starben; in den Irrenanstalten 1,3 pCt., in den Idiotenanstalten 2,6 pCt.!

Was nun die Mortalität an Tuberculose in den einzelnen Anstalten betrifft, so ist sie naturgemäss eine verschiedene und will ich bei der Zusammenstellung hier zum Vergleiche die von *Nötel* (l. c.) für die Irrenanstalten angegebenen, entsprechend berechneten Zahlen nebenher anführen.

Die Mortalität an Tuberculose betrug:

	bis 1,5 %	in 76,0 %	der Irren- u.	in 23,1 % der Idiotenanstalten
über	1,5—2,0	20,0		7,6
-	2,0—3,0	4,0		23,1
-	3,0—4,0	0,0		30,8
-	4,0—5,0	0,0		7,7
-	5,0—6,1	0,0		7,7

Digitized by Google

Der niedrigste Procentsatz mit 0,8 pCt. betrifft eine Anstalt, die einen Arzt als Mitleiter, die Maximalzahl von 6,1 pCt. eine Anstalt, die keinen Arzt angestellt hat.

Ferner: Von 100 Gestorbenen starben an Tuberculose:

bis 10	in	17,6 %	der Irren-	und in	0,0 %	der Idiotenanstalten
über 10—20	-	47,1	- -	- -	0,0	- -	-
- 20—30	-	26,5	- -	- -	7,7	- -	-
- 30—40	-	8,8	- -	- -	23,0	- -	-
- 40—50	-	0,0	- -	- -	15,4	- -	-
- 50—60	-	0,0	- -	- -	23,1	- -	-
- 60—80	-	0,0	- -	- -	15,5	- -	-
- 80—100	-	0,0	- -	- -	15,3	- -	-

Wie wenig Werth noch auf die Tuberculosen-Prophylaxis gelegt wird, geht auch daraus hervor, dass auf den 24 mir wieder zurückgesandten, nicht von einem Arzte beantworteten Fragebögen die Frage nach den Maassregeln, die gegen die Weiterverbreitung der Tuberculose getroffen wurden, in 12 Fällen dahin beantwortet ist, dass keine Maassregeln ergriffen würden, 2 Mal, dass solche durchaus unnöthig seien, 1 Mal, dass Koch'sches Tuberculin injicirt wurde (?!); 5 Mal ist die Frage überhaupt keiner Antwort gewürdigt worden.

Die hieraus hervorgehende Gleichgültigkeit gegen eine der für das Menschengeschlecht verderblichsten Seuchen ist kaum zu begreifen und wohl nur aus der dem Laien nicht zum Bewusstsein kommenden Grösse der Gefahr erklärlich. Ich gebe mich der Hoffnung hin, dass die hier gefundenen und mitgetheilten Zahlen die Aufmerksamkeit, auch der Laien in den Idiotenanstalten, mehr dieser Sache zuwenden und Veranlassung werden wird, dass der Weiterentwickelung der Krankheit in den Idiotenanstalten energischer entgegengetreten und vor allen Dingen dem ärztlichen Einflusse in Zukunft ein weiterer und selbständigerer Wirkungskreis eingeräumt wird!

Nun möchte ich aber noch zu bedenken geben, dass die vorstehend aufgefundenen Zahlen sicher noch nicht die wirkliche Häufigkeit des Vorkommens der Tuberculose anzeigen; denn erstens ist es, wie mir jeder an Irren- oder Idiotenanstalten wirkende Arzt zugeben muss, wie es schon zu den schwersten diagnostischen Aufgaben gehört, bei Erwachsenen und geistig Gesunden eine beginnende Tuberculose sicher zu erkennen, bei unseren Kranken

Digitized by Google

in den Idiotenanstalten, die oft keinerlei Angaben über ihr Befinden und ihre Beschwerden zu machen vermögen, auch in Folge ihres ganzen Verhaltens bei der Untersuchung, ganz unendlich schwer, ja oft unmöglich, die Diagnose einer beginnenden Tuberculose zu stellen, ebenso oft auch sehr schwer und häufig unmöglich, bei Todesfällen ohne Section sicher die Abwesenheit von Tuberculose-Erkrankungen festzustellen; als Beispiel will ich anführen, dass in meiner Anstalt, die über 30 Jahre besteht, fast 30 pCt. der Gestorbenen an während des Lebens constatirter Tuberculose zu Grunde gingen, dass aber bei den Obductionen, die stets gemacht werden, bei über 40 pCt. Tuberculose aufgefunden wurde und bei uns werden alle Erkrankten täglich mindestens 1 Mal, die Tuberculose-Verdächtigen sehr oft daraufhin untersucht. Ferner ist sicherlich in den Anstaltsberichten und auch in den mir zugesandten Fragebögen nur die Lungentuberculose berücksichtigt, während die Tuberculose anderer Organe, z. B. des Darms, der Drüsen u. s. w. als einfache Darmcatarrhe, Drüsengeschwülste, Skrophulose u. s. w. ganz ausserhalb der Betrachtung geblieben sind. Sicherlich sind also jedenfalls die von mir gefundenen Zahlen noch ziemlich hinter der Wirklichkeit zurückgeblieben.

Ich möchte noch kurz auf die Ursachen dieser enormen Verbreitung der Tuberculose in den Idiotenanstalten eingehen. Ich bin nicht der Ansicht, dass gerade die Idiotie in hervorragender Weise zur Tuberculose prädisponirt, was nach *Snell* (l. c.) im Vergleiche mit anderen Irreseinsformen auch nicht zutrifft; ich glaube vielmehr, die oben schon erwähnte Anschauung der Autoren, dass gerade diejenigen Formen von Geisteskrankheiten, die einen sehr langen Anstaltsaufenthalt nöthig machen, am meisten durch die Tuberculose gefährdet sind, theilen zu müssen. Aber vor allen Dingen ist für uns das Factum zur Erklärung wichtig, dass die überwiegende Mehrzahl in meiner Anstalt z. B. rund 80 pCt. Aller, aus den weniger bemittelten Bevölkerungsschichten stammt und dass gerade diese Klassen von der Tuberculose in hervorragendem Maasse befallen werden, sei es, weil die Ernährungsverhältnisse derselben und ihre ganze Umgebung in hygienischer Beziehung zu wünschen übrig lassen, und so eine grössere Disposition zur Erkrankung schaffen, sei es, weil hier die Möglichkeit der Infection mit Tuberculose durch dichtere Bevölkerung

Digitized by Google

ihrer Wohnungen, durch weniger sorgsame Sauberkeit u. dgl. m. eine grössere ist. Jedenfalls ist wohl einem Jeden, der mit den Verhältnissen in Idiotenanstalten vertraut ist, die auffallend grosse Zahl von skrophulösen Kindern, die zur Aufnahme gelangen, aufgefallen und die Skrophulose ist ja als Vorläuferin, als Grundlage für die Tuberculose, ja als mehr oder weniger localisirte Initialtuberculose zu betrachten. Dann ist unter den idiotischen Kindern eine grosse Anzahl, die trotz jeder Sorgfalt in der Ernährung doch dauernd schwächlich, körperlich in der Entwickelung zurückbleiben und wenig widerstandsfähig bleiben, wohl, weil die centralen Defecte, die die Idiotie bedingen, auch ihren ungünstigen Einfluss auf das geregelte Vonstattengehen der Functionen der einzelnen für die Ernährung und Entwickelung des Körpers wichtigen Organe zu Tage treten lassen. Dies alles sind Vorkommnisse, an denen wir kaum viel werden ändern können, denn ich darf als selbstverständlich voraussetzen, dass in Bezug auf die Ernährung und Körperpflege stets und überall das Beste und Möglichste schon jetzt geschehen wird.

Aber damit allein ist noch nicht die Häufigkeit des Vorkommens der Tuberculose erklärt. Ein Hauptgrund glaube ich liegt in der Ueberfüllung der Anstalten! Bezüglich der Irrenanstalten erwähnte bei den Verhandlungen im Vereine der deutschen Irrenärzt in Weimar schon *Grashey* (diese Ztschr. Bd. 48, S. 475), dass in München in den Jahren der Ueberfüllung der Anstalt die Sterblichkeit an Tuberkulose von 21 pCt. auf 31 pCt. gestiegen sei, obgleich die Beköstigung der Kranken gerade damals eine wesentliche Verbesserung erfuhr und eine hervorragend gute sei. Ich glaubte auch hier zahlenmässige Nachweise durch die zweckentsprechend ausgefüllten Fragebogen erhalten zu können, leider sind aber die betr. Fragen nur in geringer Zahl und meist ungenügend beantwortet (nur in 13 der zurückgesandten Fragebögen), so dass das Resultat nicht maassgebend sein kann. Die Frage, ob Ueberfüllung vorhanden sei, wird nur zweimal bejaht und ergiebt sich für diese Fälle ein Luftraum von 15, resp. 22 cbm in den Wohnräumen! Ist das Ueberfüllung? Wenn ich annehme, dass etwa derselbe Luftcubus in den Schlafräumen vorhanden ist, so ergiebt sich hier pro Kopf rund ein Luftcubus von 25—30 cbm, doch sicherlich eine recht reichliche Menge, wobei man nicht gut

Digitized by Google

mehr von Ueberfüllung sprechen kann. Da sich andrerseits Anstalten von 7—10 cbm Luftraum für nicht überfüllt halten, so darf ich annehmen, dass es überall nicht klar ist, wie viel Luftraum im Durchschnitt etwa gefordert werden muss. Hierbei ist eine genügende Ventilation, die nach den eingegangenen Berichten durchschnittlich zu genügen scheint, vorausgesetzt. Für Casernen, worin sich erwachsene Menschen aufhalten, genügen nach *Schuster* (Handb. d. Hyg. p, 299) 20 cbm, wenn die Mannschaften in dem Raum wohnen und schlafen, sonst weniger; bei getrennten Schlaf- und Wohnräumen verlangen *Roth* und *Lex* (Handb.) für letztere 16, für erstere 13 cbm. Da nun in den Idiotenanstalten Schlaf- und Wohnräume der Regel nach getrennt sind, die Insassen der Mehrzahl nach dem jugendlichen Alter angehören, so dürfte meiner Ansicht nach ein Luftraum von 12—16 cbm pro Kopf im Allgemeinen völlig genügen, natürlich abgesehen von den Räumen für körperlich Kranke, wo selbstverständlich bedeutend grössere Anforderungen gestellt werden müssen. In vielen Jahresberichten liest man wiederholt die Nothwendigkeit von Neubauten, weil die vorhandenen Räume nicht mehr genügen, oder Klagen über Mangel an Mitteln, um die nöthigen Ergänzungsbauten möglich zu machen, ohne welche solche hinausgeschoben werden müssen; dies alles sind doch, auch wo es nicht direct ausgesprochen ist, Eingeständnisse von vorhandener Ueberfüllung! Sollte das nun plötzlich anders geworden sein? Ich glaube es nicht, auch habe ich mich persönlich im Laufe der Jahre bei dem Besuche verschiedener Anstalten hier und da direct von der vorhandenen allzustarken Belegung der Räume überzeugen können. Deshalb nehme ich, wie ich glaube, mit vollem Rechte an, dass der Begriff der Ueberfüllung nicht klar gewesen und dass bei der Angabe des Luftcubus vielfach nicht nach Maassen, sondern nur nach Abschätzung vorgegangen ist. Auch in der von mir geleiteten Anstalt ist seit einer Reihe von Jahren eine deutlich nachweisbare Ueberfüllung vorhanden (es entfällt auf den Kopf nur ein Luftraum von noch nicht 10 cbm im Durchschnitt), ein Mangel, der in Folge der fehlenden Geldmittel leider bisher noch nicht abzustellen war. Einen indirecten Beweis für den Einfluss der Ueberfüllung auf die Tuberkulose-Sterblichkeit könnte ich auch vielleicht mit Folgendem erbringen: Die Sterblichkeit des weiblichen Geschlechts an Tuberkulose zu der des männ-

Digitized by Google

lichen Geschlechts verhielt sich in den letzten 5 Jahren in meiner Anstalt wie 13 : 9, während das Verhältniss der weiblichen Verpflegten zu den männlichen fast constant wie 2 : 3 gewesen ist. Die preussische Statistik ergiebt im Gegensatze hierzu, dass trotz des Uebergewichts der weiblichen Bevölkerung im Staate, diese doch in geringerer Zahl der Tuberculose erliegt, wie die männliche. Da nun die ganze Fürsorge für beide Geschlechter in hiesiger Anstalt naturgemäss absolut die gleiche ist, so ist nur der Grund der grösseren Sterblichkeit an Tuberculose auf Seiten des weiblichen Geschlechts darin zu finden, dass die weiblichen Insassen einen grösseren Theil des Tages bei den dem weiblichen Geschlechte zustehenden Beschäftigungen in den (überfüllten!) Räumen zuzubringen haben, also unter ungünstigeren hygienischen Verhältnissen leben, als die männlichen Insassen, die in grösserer Anzahl und häufiger ihren Aufenthalt im Freien haben bei Feld-, Garten-, Hof- u. dgl. Arbeiten und dadurch eine grössere Widerstandsfähigkeit gewinnen, auch seltener und in geringerem Grade der Gefahr der Infection ausgesetzt sind.

Bei dem Kampfe gegen die Tuberculose haben wir nun, ausser einer sorgfältigen und guten Ernährung und Körperpflege, um die Kranken möglichst widerstandsfähig zu machen, zunächst der Ueberfüllung der Anstalten entgegenzutreten. Dies ist bisher, wo so häufig die nöthigen Geldmittel, die dafür erforderlich sind, nicht aufzubringen waren, sehr schwierig und trotz des besten Willens oft nicht durchführbar gewesen; in Zukunft, wo durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 ein wesentlicher Fortschritt in der Fürsorge für die Geistesschwachen, Epileptischen u. s. w. gemacht ist, wo die Mittel der Provinzen und Kreise in Preussen mehr als bisher in Anspruch genommen werden, wird sich, so hoffe ich, auch die Sache für die Idiotenanstalten günstiger gestalten. Natürlich können wir die Tuberculosen und der Tuberculose Verdächtigen nicht von der Aufnahme ausschliessen und daher ist es unsere weitere Aufgabe, wie sie ja auch in der Ministerialverfügung vom 5. Febr. d. J. ausgedrückt ist, dass die sämmtlichen Insassen der Anstalten wiederholt auf Tuberculose untersucht werden, um diese möglichst frühzeitig zu erkennen und die Erkrankten möglichst bald zu isoliren; ich sage „möglichst“, denn eine strenge Isolirung aller Tuberculosen, soweit sie nicht körperlich sehr heruntergekommen, oder

Digitized by Google

gar bettlägerig sind, ist schon aus Humanitätsgründen und auch sonst kaum durchführbar. Es ist aber sehr erwünscht und lässt sich wohl meistens auch durchführen, dass die Tuberculösen des Nachts wenigstens von den übrigen Kranken abgesondert werden, weil während der Nacht leicht ohne Controlle der Auswurf, in dem hauptsächlich wir die Bacillen, die Infectionsträger, zu suchen haben, überall hin verbreitet werden, eintrocknen und dann in Staubform den Athmungsorganen zugeführt werden kann; doch hängt die Möglichkeit der Isolirung überall mit der Ueberfüllungs- und mit der Geldfrage zusammen.

Obgleich es selbstverständlich ist, will ich hier doch hinzufügen, dass notorisch tuberculöse Pfleger und Pflegerinnen aus den Anstalten fern zu halten, die der Tuberculose Verdächtigen, oder dafür empfänglichen Personen nicht den tuberkulösen Kranken beizugesellen sind.

Wie bei jeder Infectionskrankheit, z. B. bei Diphtherie, Scharlach u. s. w. müssen auch alle von Tuberculösen herstammenden Sachen desinficirt werden, sei es durch Auskochen, unter Benutzung der verschiedensten Desinfectionsmittel, sei es mittelst eines Desinfectionsapparates, der heutzutage eigentlich in keiner Anstalt mehr fehlen darf. Ebenso sind die Zimmer, die Möbeln, Wände, Fussböden u. s. w. stets sorgfältig zu desinficiren, überhaupt alles, worin tuberculöses Material vermuthet werden kann. Staubfänger irgend welcher Art, z. B. Teppiche, Gardinen, Vorhänge, Polstermöbeln u. dgl. gehören auf keinen Fall in die Umgebung Tuberculöser; überhaupt ist beim Reinigen aller Gegenstände, das Aufwirbeln von Staub strengstens zu vermeiden; daher sind auch die Fussböden, auf denen sich naturgemäss, wie auch an den unteren Theilen der Wände, bacillenhaltige Substanzen am meisten vorfinden werden, niemals trocken zu reinigen, sondern stets feucht aufzunehmen und der Schmutz zu desinficiren, oder zu vernichten. Ueberhaupt ist stets und überall die peinlichste Sauberkeit und Reinlichkeit das erste Erforderniss! So erwünscht das Aufstellen von Speinäpfen an möglichst vielen Stellen in den Gebäuden und ausserhalb derselben im allgemeinen auch erscheint, um jederzeit den bacillenhaltigen Auswurf aufzunehmen und ihn unschädlich machen zu können, für unsere Anstalten dürfte derselbe doch nur von sehr zweifelhaftem Werthe sein, da einerseits die Mehrzahl der

Digitized by Google

Anstaltsinsassen in gemischten Erziehungs- und Pflegeanstalten an einen ordnungsmässigen Gebrauch der Speinäpfe schwer, oder gar nicht zu gewöhnen ist und andererseits auch zu befürchten steht, dass mit dem Inhalte derselben in unbewachten Augenblicken herumgeschmiert und anderer Unfug getrieben wird, der den beabsichtigten Zweck gerade in das Gegentheil verkehren würde. Dazu kommt, dass die Idioten fast stets, wie sehr viele andere Geisteskranke und wie die Kinder überhaupt, ihren Auswurf nicht von sich zu geben, sondern zu verschlucken pflegen, also verhältnissmässig selten in die Lage kommen werden, den Speinapf zu benutzen.

Vor allen Dingen aber muss verlangt werden, dass möglichst frühzeitig die Diagnose der vorhandenen Tuberculose gemacht wird. Die führt mich wieder zu der Forderung, dass in Zukunft in den Idiotenanstalten den Aerzten eine grössere Initiative eingeräumt werde, dass überhaupt Aerzte in den Anstalten, und zwar nur für diese, fest angestellt werden. Zunächst muss jeder Neuaufgenommene genau untersucht, dann bei allen Verdächtigen die Untersuchung, besonders auch die Untersuchung des Auswurfs auf Tuberkelbacillen, wiederholt vorgenommen werden. Endlich aber muss, da die erforderliche, verständnissvolle Mitwirkung unserer Kranken selbst meistens nicht zu erreichen ist, auch dem Laienpersonal in den Anstalten die Wichtigkeit der Erkrankung an Tuberculose, die von ihr ausgehende Gefahr und ihre hauptsächlichsten Krankheitserscheinungen klar gemacht, ihnen auch die Art und Weise der Desinfectionsmaassregeln und der Vernichtung und Unschädlichmachung der Ansteckungskeime mitgetheilt und gezeigt werden; dem Sachverständigen aber, dem Arzte muss jederzeit die Ueberwachung der Kranken und des Personals sowie der sämmtlichen gegen die Weiterverbreitung der Tuberculose angeordneten Maassregeln in ausgedehntester Weise ermöglicht werden.

Digitized by Google

Die anthropologisch-biologischen Beziehungen zum Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe[1]).

Von

Dr. **P. Näcke** - Hubertusburg.

Bevor wir näher auf unser Thema eingehen, gilt es eine wichtige Vorfrage zu lösen, nämlich die, ob der Begriff „Verbrecher" überhaupt anatomisch zu fixiren ist. Was ist ein Verbrechen, ein Verbrecher? Psychologen, Kulturhistoriker und Juristen werden hierauf verschieden antworten. Sicher hängt der Begriff „Verbrechen" innig mit dem der Moral zusammen; wie letztere nun durchaus nicht normirt ist, sondern fortwährend im Laufe der Zeiten fluctuirt hat und genau der Evolutionstheorie unterthan ist, wie jedes andere Ding, so ist es auch mit dem Begriffe Verbrechen, der je nach Ort, Zeit, Klima, Kulturstufe etc. gewechselt hat und wechseln wird. Jedes Volk setzt nach dem derzeitig bei ihm geltenden Moralcodex den Begriff „Verbrechen" fest; er liegt somit nicht im Menschen physiologisch begründet, sondern ist, wie ***Manouvrier*** [223][2]) glänzend darthut, ein rein sociologischer. Es ist demnach eigentlich ein Nonsens nach anthropologischen Merkmalen für einen sociologischen Begriff zu fahnden.

Aber auch eine andere Erwägung führt uns zu gleichem Resultate. Der Bestand eines Volkes verlangt die Aufrichtung

[1]) Siehe die vorangehende Arbeit über „Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe" im vorigen Hefte dieser Zeitschrift, p. 396—484.

[2]) „Le crime est une matière non pas physiologique, mais sociologique."

Digitized by Google

gewisser Schranken, „Gesetze“ genannt, deren Ueberschreitung die sociale Ordnung stören könnte, daher bestraft werden muss. Die Gesetze bilden aber nur einzelne Grenzsteine, keine feste Umfriedigung, so dass zwischen denselben Viele, wissentlich oder nicht, passiren, ohne gefasst, ohne bestraft zu werden; ausserdem decken sich die Gesetze einer höheren Moral nicht immer mit dem geltenden Jus, d. h. also, viele Vergehen und Verbrechen bestehen als solche vor der Moral, nicht aber vor dem Gesetze, was bekanntlich Gewissenlose sich nutzbar machen. Schon daraus geht klar hervor, dass es ungezählte Uebertretungen giebt, die nicht bestraft werden, unzählige Verbrecher, die als „ehrliche“ Leute gelten, dass man somit also eigentlich nicht von Verbrechern und ehrlichen Leuten, sondern nur von Bestraften und Unbestraften sprechen kann.

Die Strafe ist aber, wie wir schon sahen, ein schlechtes Kriterium; Gewohnheitsverbrecher sind oft lange nicht so depravirt, als manche Unbescholtene, besonders in gewissen Regionen, denen Moralbegriffe sehr elastischer Natur eignen, oder andere, die zwar nur ein einziges Mal bestraft wurden, aber in ihrem ganzen bisherigen Thun und Treiben abgefeimte Verbrecher sind[1]).

Wie es keine absolute körperliche und geistige Gesundheit

---

[1]) *Manouvrier* (l. c.) sagt hierüber meist sehr richtig: „On est oblige de se demander si les criminels emprisonnés ne constituent pas simplement une catégorie de criminels plus facilement saisissable par la loi ou la police, plus particulièrement dangéreuse, peut-être, pour la tranquillité publique .... Grâce à ce tribut payé à la morale aux dépens des criminels qualifiés par la loi, les autres peuvent se dirent honnêtes gens par définition légale et tous leurs actes les plus contraires à la morale, je ne dis pas idéale, mais bel et bien recounne, deviennent alors pêchés mignons, simples incidents de vie .... Les criminels emprisonnés sont évidement ceux, qui ont le moins réussi .... Ce qui différencie ces honnêtes gens des criminels, c'est donc simplement que ces derniers ne reculent pas devant la crainte des gendarmes, tandis que ceux-là ne sont malhonnêtes que s'ils n'ont aucun risque à courir. Si l'on envisage seulement des prisonniers, on n'aura pas étudié anthropologiquement le crime ni l'ensemble des criminels, on aura simplement examiné les caractères anatomo-physiologiques d'un rebut tel qu'il existe dans toute catégorie quelconque socialement définie.

Digitized by Google

giebt, ebenso giebt es keine absolut „ehrlichen“ Menschen. „Wir sind allzumal Sünder“ — und zwar nicht nur in Gedanken, — sagt mit vollem Recht die heilige Schrift und Keiner von uns ist dagegen gefeit, unter gewissen Umständen[1]) ein Verbrecher, selbst ein grosser, zu werden; und wie in Allen sündhafte Keime schlummern, um eventuell sich üppig zu entwickeln, sehen wir besonders bei Volksaufständen, Vereinigungen aller Art, um die Mitmenschen auszunutzen, zu berauben etc., wie besonders geistvoll und tief *Tarde*[2]) [223] schildert, wobei Nachahmung und Verführung eine Hauptrolle spielen. Es giebt eine unendliche Skala vom reinsten bis zum schlechtesten Menschen. Sprechen wir also schlechthin von „Verbrechern“, so meinen wir nur die auf der äussersten Stufe stehenden, die aber nicht immer die Schlimmsten sind: Es handelt sich also um den Abschaum (le rebut) der Welt, nicht um das eigentliche Verbrechen.

Nur in diesem Sinn sollen die folgenden Untersuchungen aufgefasst werden; sie sollen darlegen 1. warum die „Verbrecher“ der Auswurf der Menschen wurden und zum Theile werden mussten, 2. dass biologisch und anthropologisch nur graduelle Verschiedenheiten zwischen ihnen und den übrigen Menschen bestehen, conform dem Auseiandergesetzten, so dass von einem aparten Typus, dem „Verbrechertypus“ *Lombroso*'s nicht die Rede sein kann und 3. dass wie die Moral, so auch die verbrecherischen Tendenzen als solche nicht angeboren und vererbbar sind.

Lombroso hat dies Alles mehr weniger ausser Acht gelassen. In seinem „uomo delinquente“ (110, 111, auch 222) behauptet er bekanntlich, dass der Verbrecher, speciell aber der „geborne Verbrecher“ durch ein Ensemble von körperlichen und geistigen Stigmata's vor allen Uebrigen ausgezeichnet sei. Damit ist er übrigens nicht einmal originell gewesen, da schon das graue Alterthum einen solchen Zusammenhang mehr weniger statuirte, besonders

[1]) Das geistreiche Wort *Garofalo*'s (222): „l'occasion ne fait pas le larron, elle le revèle“ kann daher mehr weniger für Alle gelten. Alle sind also mehr oder weniger „latente Verbrecher“ im Sinne *Lombroso*'s.

[2]) *Tarde*: les crimes des foules.

Digitized by Google

deutlich *Aristoteles* (*Haveolimes*, *Ellis* 55, 233) und *Homer* böse und plumpe Gesellen (*Thersites*, *Hephaistos* etc.) als menschliche Karrikaturen zeichnet[1]).

Wenn *Lombroso*'s Behauptung zunächst nur auf Männer sich bezieht, Frauen weniger das Feld seiner Beobachtungen bildeten, so vindizirt er doch auch den Letzteren, namentlich im 2. Bande seines Werkes mehr weniger specifische Eigenschaften. Trotz der grossen statistischen Basis, die er seinen Schlüssen zu Grunde legt, ist er doch von den verschiedensten Seiten, wie ich glaube, mit vollem Rechte angefochten worden[2]). Sein Material ist zunächst ein zu heterogenes; kein Volksstamm eignet sich vielleicht weniger für anthropologische und biologische Untersuchungen, wie gerade der italienische, da in Europa (ausser etwa noch in Spanien und den Balkanländern) schwerlich wieder eine so vielfältige Blutmischung sich finden dürfte. Die Reste unzähliger Volksschichten sind hier abgelagert und nicht einmal eine einheitliche Mischung ist erzielt worden, so dass, wie gerade *Lombroso* und Andre zeigen, die einzelnen Provinzen, besonders aber Nord und Süd von einander beträchtlich abweichen. Lassen sich schon daraus keine einheitlichen anthropologischen Schlüsse ziehen, so werden die Resultate noch unsicherer durch Vermischen der verschiedenen Altersstufen, Stände etc., die doch, wie z. B. die Soldaten, ihre Eigenthümlichkeiten haben, noch mehr aber durch Heranziehung fremder, zum Theil alter, oft zweifelhafter Untersuchungen, deren Methode der Erforschung nicht bekannt oder unsicher sind. Diese gerügten Uebelstände hat *Lombroso* auch nicht durch ein grosses Material ausgleichen können. Seine sogenannten Beweise bestehen kaum vor einer nüchternen Kritik und seine Phantasie und Voreingenommenheit für gewisse Lieblingsideen führen ihn zu unmotivirten Schlüssen

---

[1]) Uebrigens hat möglicherweise *L.* die Idee zur Aufstellung seines „delinquente nato" von *Benedikt* (Wien), der wohl zuerst den type de degenerescence bei Verbrechern construirte.

[2]) Am schärfsten wohl von *Binswanger* (12), *Luitz* (115), *Manouvrier* (97, 222, 223), in mehr ruhiger Weise von *Kirn* (69), Koch (216), *Kurella* (94), *Knecht* (74), *Forel* (36), *Pelman* (146), *Tarde* (229), *Feré* (32), *Houzé* (223), *Benedikt* (19), *Francotte* (37) etc. *Meynert* (130) fasst seine Kritik in den wahren Satz zusammen, man dürfe Pathologie nicht mit Anthropologie verwechseln.

Digitized by Google

und Willkürlichkeiten, besonders wenn es sich um Schlagwörter wie Atavismus, Epilepsie und Genie[1]) handelt. — Will man zu halbwegs giltigen Gesetzen gelangen, so sind folgende Forderungen aufzustellen: 1. eine möglichst grosse Zahl der zu Untersuchenden einer und derselben Oertlichkeit; 2. eine möglichst einheitliche, einfache, wenig vermischte Rasse; 3. Vergleichung von gleichgeschlechtlichen Personen desselben Orts, desselben Standes, Alters, derselben Religion, Bildung etc., kurz von Leuten, die in möglichst gleichen socialen und politischen Verhältnissen und Anschauungen leben, Alle aber ohne Auswahl untersucht; endlich sind 4. die Untersuchungsmethoden näher anzugeben. Damit wäre aber erst die Anthropologie eines geringen Theils des Volks festgesetzt; will man eine solche des ganzen Stammes haben, so bleibt nichts andres übrig, als sämmtliche Volksschichten, Hoch und Niedrig, Kranke und Gesunde, Alt und Jung, zu untersuchen, um für bestimmte Altersklassen zu brauchbaren Durchschnittswerthen zu gelangen. Diese Forderung ist freilich sehr schwer zu erfüllen; man muss sich also schon begnügen den 1. Theil des Programms halbwegs zu erfüllen.

Um den gestellten Forderungen nun möglichst gerecht zu werden, wurden mit einander verglichen: 1. 53 aus dem Strafhause als geisteskrank uns zugeführte Frauen (I); 2. 47 vorbestrafte oder in Voruntersuchung gekommene Geisteskranke (II); 3. 41 resp. 43 chronisch Geisteskranke unterschiedslos und stubenweise vorgenommen, jedoch aus guten Gründen mit Ausschluss von Paralytikern, Epileptikern und Idioten[2]) (III); 4. endlich 100 Wärterinnen und Pflegerinnen, ohne Auswahl untersucht (IV).

Vorerst bemerke ich, dass es sich allerdings nicht um gewöhnliche, sondern um irre gewordene Verbrecherinnen handelt, bei denen also a priori mehr Veranlagungszeichen etc. zu ge-

---

[1]) Am meisten packend vielleicht, durch geniale Blitze erleuchtet, von tiefster Gelehrsamkeit gesättigt, aber voller anfechtbaren Thesen erschien mir sein Buch über das Genie (112), das völlig seine Art zu denken und zu arbeiten charakterisirt. Nach diesem Werke müssten wir die Hauptfortschritte in der Kultur nicht den genialischen Menschen verdanken — sondern Irrsinnigen, da Genie und Irrsinn nach *Lombroso* identisch sind oder wenigstens einander nahe stehen! Difficile est satyram non scribere!

[2]) Nur 1 Imbecille befand sich darunter.

Digitized by Google

wärtigen sind, als bei Jenen; immerhin wird der Unterschied kein grosser sein, zumal die Meisten ja Gewohnheitsverbrecherinnen waren. Endlich befinden sich eine ganze Anzahl darunter, die das letzte Verbrechen im geistig unfreien Zustande begingen, welche aber aus verschiedenen Gründen von Jenen sich nicht gut trennen liessen, ausserdem gleichfalls meist den Recidivisten angehörten.

Unter den 53 Sträflinginnen sind nur 4 Nicht-Sachsen; unter den Wärterinnen und Pflegerinnen sind 11 Ausländerinnen, meist aus Schlesien; Kategorie II und III sind aus Sachsen. Wir können unser Material also wohl ein homogenes nennen, da unter den 241 resp. 243 untersuchten Personen nur 15 dem Königreiche Sachsen nicht angehörten, einem kleinen Gebiete von nahezu gleichen socialen Zuständen, dessen Bevölkerung in der Hauptsache aus Franken und Thüringern besteht mit erheblicher slavischer Beimischung durch Sorben und Wenden, welche aber eine ziemlich gleichmässige war, wie die weitverbreiteten slavischen Stadt- und Dorfnamen bezeugen. Die Elemente sind demnach nahezu gleichartige, gleichgemischte, wenn auch zur Untersuchung nicht so günstige, wie in den mehr rein germanisch gebliebenen Provinzen, z. B. Hannover, Westphalen, Schleswig-Holstein, von den nordischen Reichen nicht zu sprechen, trotzdem sie, wie die übrigen Deutschen, auch römisches, keltisches, zum Theil sogar mongolisches Blut führen.

Alle sind bis auf Wenige den unteren Volksschichten angehörig, mit ziemlich gleicher Durchschnittsbildung und unter ähnlichen Ernährungsverhältnissen aufgewachsen[1]), daher auch hierin mit einander vergleichbar. Es ist ja bekannt, dass gerade die höheren Stände nicht unwesentlich von den unteren, besonders in Körperlänge und Kopfmaassen, abweichen, daher nicht ohne Weiteres mit Jenen zusammengehalten werden dürfen. Nicht gleichgiltig erscheint es vielleicht ferner, dass fast Alle der protestantischen Religion angehören; es erscheint nämlich nicht undenkbar, dass ceteris paribus bei armen Katholiken strenge Fasten und die geringere Kost wegen der vielen Feiertage, wo nichts verdient

[1]) Die Personen aus der Stadt oder vom Lande dürften sich so ziemlich die Waage halten.

Digitized by Google

wird, die Körperconstitution beeinflussen können; in Sachsen allerdings, wo die Katholiken nur in der Diaspora leben, werden kaum körperliche Nachtheile sich ergeben. Bezüglich des Alters bestehen dagegen bei den Untersuchten grössere Unterschiede, was jedoch bei den sogenannten Degenerationszeichen und biologischen Charakteren kaum von Belang ist, eher bei Körperlänge und Kopfmaassen, obgleich die Wachsthumsperiode bei Allen mehr weniger schon abgeschlossen ist. Beim Wartpersonal prävalirt natürlich das jüngere Alter (nur 12 davon waren älter als 30 Jahre), wie auch der ledige Stand, der auch bei den Sträflingen vorwiegt. Um nun bezüglich der körperlichen Tüchtigkeit, die bei Kategorie I, II und III natürlich eine ungleiche ist, ein annäherndes Bild der Durchschnittsgesundheit der geistesgesunden weiblichen Bevölkerung ähnlichen Alters, ähnlichen Standes zu gewinnen, wurden neben 50 Wärterinnen, die meist robust und kräftig waren, 50 Pflegerinnen untersucht, die manche Schwächliche, Anämische, Chlorotische, ja Phthisische aufwiesen; trotzdem ist die Gesundheitsquote immer noch eine bessere, als die der gesammten in Frage kommenden Bevölkerung.

Es liegt in der Natur aller statistisch-anthropologischen Erhebungen, dass die zahlreichen Factoren nie völlig gleich sein können, und man muss vernünftigerweise sich begnügen, möglichst viel Kautelen zu beobachten, um halbwegs zufriedenstellende Resultate zu gewinnen; mehr als annähernde Richtigkeit kann keine Statistik liefern; es kommt immer bloss auf die Hauptlinien an, und das Detail hat wenig practischen Werth, wie wir des Oefteren noch sehen werden. Da ferner bei anthropologischen Untersuchungen, wenn sie nicht Maass und Zirkel verlangen, leicht subjective Täuschungen vorkommen, so wurden die folgenden Untersuchungen — allerdings nur soweit sie Geisteskranke und Geistesgesunde (III, IV) betrafen — gemeinschaftlich mit Herrn Dr. *Hösel* gemacht und registrirt.

Betrachten wir zunächst die Gesundheitsverhältnisse.

Untersucht	gesund, kräftig	schwach, kränklich, krank
53 Sträflinge	42 = 72,2 pCt.	11
43 Vorbestrafte etc.	42 = 97,7 -	1
42 Geisteskranke	38 = 90,5 -	4
100 Normale	85 = 85 -	15

Digitized by Google

Die Kräftigen, anscheinend Gesunden sind also überall in der Mehrzahl vorhanden und zwar überraschenderweise in günstigerem Verhältnisse bei den Geisteskranken, als bei den Normalen, dagegen am ungünstigsten bei Kat. I. Letzteres wird nicht auffallen, da die meisten Sträflinge ein unregelmässiges, oft entbehrungsreiches Leben führten, das bei der wenig luxuriösen und monotonen Gefängnisskost auch nicht sich heben konnte, die Phthise endlich schon von Vielen in das Gefängniss mitgebracht wurde oder sich dort entwickelte. Dass bei den 50 Pflegerinnen abnorm viel Schwächliche und auch Kranke waren, ist schon hervorgehoben worden.

Die Eigenschaften des Kopfhaares demonstrirt folgende Tabelle:

Kopfhaar[1]).

ntersuchte	dunkelbraun	blond, hellbraun	schwarz	reichlich	mittelstark	spärlich
;p. 47 Sträfl.	41 = 83,7pCt.	8	—	24 = 51 pCt.	12	11 = 23,4pCt.
)rbestrafte etc.	35 = 94,6 -	2	—	21 = 56,7 -	13	3 = 9,1 -
;p. 41 Geistes- anke	33 = 89,2 -	4	—	16 = 39 -	6	17 = 41,5 -
lormale	80	13	7	31	53	16

Die dunkelbraunen Haare verschiedener Nuancen, ebenso die reichlichen und mittelstarken, prävaliren also bei allen Untersuchten, die blonden dagegen (hellbraun überwiegt) stehen ganz zurück, am wenigsten aber ist das schwarze Haar zu finden; rothes und röthliches (unter blond geführt) zeigte sich nur 3 mal. Die einzelnen Kategorien sind in den einzelnen Prozentsätzen bezüglich der Farbe und des Reichthums des Haares wenig verschieden (gegen *Lombroso* 111). Mit der dunkeln Haarfärbung geht natürlich stärkere Hautpigmentirung Hand in Hand. Ob dies starke Vorwiegen des brünetten Typus, das im Norden mehr dem blonden weicht, der Vermischung mit keltischem Blute, wie manche wollen (*Virchow*), zuzuschreiben ist, erscheint durchaus fraglich, viel wahrscheinlicher rührt es von slavischer Beimischung

[1]) Bei Manchen konnte wegen Alters die ursprüngliche Farbe und Dichtheit nicht mehr constatirt werden, daher wurden sie weggelassen. Speciell sei aber noch darauf hingewiesen, dass gebleichtes Haar sich ungefähr ebenso oft bei Kat. I, als bei den Uebrigen vorfand (contra *Lombroso* 111), auch Kahlheit durchaus nicht so selten war.

Digitized by Google

her[1]), obgleich die Sorben und Wenden, die allein hier in Betracht kommen, nicht den Südslaven angehören, bei denen der brünette Typus allerdings überwiegt.

Mit der Haarfarbe steht nicht ganz im Einklange die Farbe der Iris.

	Farbe der Augen:		
Untersuchte	blau	grau, grünlich	braun
37 Sträflinge	10	18 = 48,6 pCt.	9 = 24,3 pCt.
41 Geisteskranke	4	23 = 56 -	14 = 34,1 -
99 Gesunde	11	60 = 60,6 -	28 = 28,3 -
Sa. 177	25	101 = 57 -	51 = 28,8 -

Hier prävaliren also die hellen Farben: grau, grünlich und blau, bedeutend über die dunkeln, die nur mit 28,8 pCt. vertreten sind, während auf der anderen Seite aber auch die rein blauen selten genug sind. Hier ist also scheinbar der „germanische Typus" mehr

[1]) Prof. *Zuckerkandl* (Wien) schreibt mir (September 1892): „Ich stimme der Theorie einer brünetten und blonden Rasse bei. Die vielen Brünetten in Sachsen sind viel wahrscheinlicher den Resten in der Vermischung mit einer slavischen Bevölkerung zuzuschreiben, denn die Slaven haben, wie Niemand bezweifeln dürfte, viel brünettes Element importirt. Von den Kelten wollen wir lieber nicht sprechen, denn diese sind das anthropologische Wort, welches sich immer einstellt, wenn die Begriffe fehlen. Ueber den Ursprung der Dolicho- und Brachycephalie ist schwer zu discutiren; dass diese Formen im spät embryonalen Leben zu finden sind, scheint mir sicher zu sein. Desgleichen bezweifle ich nicht, dass die Germanen, Slaven u. A. schon einigermaassen gekreuzt und mehr typisch den europäischen Boden betreten haben. Der Glaube, dass vor der Einwanderung in die heutigen Besiedlungen die Köpfe der einzelnen Völker sich so glichen, wie etwa ein Ei dem andern, dürfte ein Aberglaube sein."

Ich kann nicht umhin, auch einige, für das Folgende wichtige Sätze einem Briefe (30. Mai 1892) des bekannten Anthropologen, Prof. *Emil Schmidt* in Leipzig, zu entnehmen: „Die Frage nach den Urrassen ist eine sehr complicirte, und ich muss Ihnen gestehen, dass ich überhaupt eine andere Auffassung darüber habe, als *Kollmann* oder *Virchow*. Beide nehmen an, dass es ursprünglich einmal reine Rassen gegeben habe — ich glaube, dass nichts dafür spricht, dass je einmal die Verhältnisse der Rassenreinheit anders waren, als jetzt, im Gegentheil, in der früheren Geschichte der Völker waren die Bedingungen für Rassenreinheit ungünstiger, als in den letzten Jahrhunderten ... Alle Väter einer Rassentheorie stellen künstliche Systeme hin, indem sie ein Merkmal herausgreifen, also z. B. Pigmentirung: — helle, dunkle; oder Längen-Breitenindex: — Langköpfe, Schmalköpfe ... Bei einer gewissen Variationsbreite der einzelnen Merkmale werden Sie immer hohe und niedere Grade auffinden ... es ud künstliche Rubriken, aber nicht natürliche Gruppen. Nach dem

Digitized by Google

zum Durchbruche gekommen. Ein wesentlich verschiedener Befund bei den einzelnen Kategorien ist auch hier nicht zu bestätigen.

Gehen wir nun auf Einzelnes der Körperverhältnisse[1]) näher ein, so haben wir zunächst die Körperlänge und dann die Spannweite zu untersuchen. Die Kranken wurden in blossen Strümpfen und bei richtiger Kopfhaltung unter ein graduirtes Maasss gestellt, wie es bei Soldatenaushebungen üblich ist; die Spannweite ward an einer graduirten Holzleiste, die hinter dem Rücken geführt ward, mit eng angepressten Ober- und Vorderarmen und Handteller an dem äussersten Ende des 3. Fingers beiderseits gemessen. Leider ist Kategorie I und II nicht gemessen, sondern die Körperlänge hier nur als „gross, mittelgross, und klein" bezeichnet worden, was natürlich immer subjectiv gefärbt bleibt.

Vorigen werden Sie verstehen, dass ich nicht an „germanischen, keltischen, slavischen p. p. Rassentypus" glaube. Als Germanen, Kelten, Slaven auf den Plan traten, waren sie gewiss keine reinen Rassen, sondern boten sicherlich eine grosse Variation von Merkmalen dar; dabei mag das eine oder andere auffällig überwogen haben ... Also: Unter Slaven und Germanen kommen Blonde und Dunkle, Langköpfe und Kurzköpfe vor und sie sind immer unter ihnen vorgekommen ... Germanen, Kelten, Slaven sind für mich linguistische, ethnologische, aber nicht physisch-anthropologische Begriffe." *Ranke* schreibt mir (Nov. 1892): „Ich halte mit Ihnen die skandinavische Abkunft der Arier für eine reine Hypothese ... *Virchow* hat die Meinung, dass alle Arier dolicephal wären, stets energisch bekämpft ... Während der Völkerwanderungsperiode — Reihengräberzeit Süddeutschlands — war die Mehrzahl der Germanen nach den Grabbefunden dolichocephal, doch fehlen auch brachycephale keineswegs .." — So viel scheint mir nach Durchsicht von *Tayler*'s Buch (255), der schliesslich die Ansichten *Schrader*'s adoptirt, festzustehen, dass nämlich die Urheimath der Arier nicht auf der Pamir-Ebene (*Max Müller*, 261 etc.), sondern im Norden zu suchen ist. Ob in Europa oder Asien, ist kaum sicher zu beantworten, obgleich Ersteres eher anzunehmen, wobei jedoch von Skandinavien (contra *Penka*, *Wilser* (238, 262) und *Ammon* (223) zu abstrahiren ist. Als speciell wichtig muss man noch hervorheben, dass nach Vielen die Arier nur linguistisch, nicht aber anthropologisch zusammenhängen. Prof. *Sievers* endlich, der bekannte Germanist in Leipzig, hält das sprachliche Material für zu gering und zu vieldeutig, um einen absolut sichern Beweis für die europäische oder asiatische Theorie daraus herzuleiten. (Brief vom Jan. 1893.)

[1]) Tätowirungen fehlen ganz, auch bei den Verbrechern in Colditz wurde mir hierüber nichts bekannt. Atavistische Begründung dieser Sitte ist jedenfalls ganz verkehrt, und den richtigen Schlüssel dazu giebt uns *Tarde* (229), wie mir scheint.

Digitized by Google

Körperlänge.

Untersuchte	140—145 cm	146—150 cm	151—155 cm	156—160 cm	darüber	kleinste Länge	grösste Länge
43 Geisteskr.	7	15	13	6	2	140 cm	162 cm
100 Gesunde	12	24	32	22	9	138,5 -	167,5 -

Ich rechne nun als „klein" die Personen bis 150 cm Länge, als „mittelgross" bis zu 157 cm, als „gross" über 157 cm. Da nun bloss die Rubrik von 156—160 cm verzeichnet ist, so werden wir die dort angegebenen Zahlen halbiren, um die eine Hälfte zu den „Mittelgrossen", die andere zu den „Grossen" zu zählen, was wohl annähernd richtig sein wird. Halten wir nun mit obiger kleinen Tabelle die Schätzungen bei Kat. I und II zusammen, so würde sich folgender Vergleich ergeben:

Körpergrösse.

Untersuchte	gross	mittelgross	klein
53 Züchtlinge	6	33 = 62,3 pCt.	14 = 26,4 pCt.
42 Vorbestrafte	6	23 = 54,8 -	13 = 30,1 -
43 Geisteskranke	5	16 = 37 -	22 = 51,2 -
100 Normale	20	43 = 43 -	37 = 37 -
238 Personen	37	115 = 48,3 -	86 = 36,1 -

Die Mittelgrossen herrschen also vor und zwar bei den Sträflingen am meisten; die meisten Kleinen sind unter den Geisteskranken, die meisten Grossen und die absolut Grössten unter den Normalen. Warum sonach I bezüglich der Grösse günstiger als II und III gestellt ist, bleibt unklar, da man eher das Gegentheil erwarten sollte. Vielleicht liegt die Schuld an der relativ kleinen Zahl.

Armbreite (Spannweite).

Untersuchte	139 cm	140—145 cm	146—150 cm	151—155 cm	156—160 cm	darüber	kleinste	grösste
43 Geisteskr.	2	9	7	12	8	5	139 cm	172,5 cm
100 Normale	—	8	20	27	25	20	143 -	170,0 -

Rechnen wir auch hier bis 150 cm eine „kleine" Armbreite, von 151—157 eine „mittlere" und darüber eine „grosse", und halbiren wir, wie früher, die Rubrik 156—160, so erhalten wir:

Armbreite.

Untersuchte	gross	mittelgross	klein
43 Geisteskranke	18 = 41,9 pCt.	16	9
100 Normale	28 = 28 -	40	32
143 Personen	46	56	41

Digitized by Google

Die Geisteskranken haben darnach durchschnittlich eine grössere Spannweite, als die Normalen.

Wichtiger aber als diese absoluten Zahlen sind die Verhältnisszahlen zwischen Körperlänge und Armbreite, die sich folgendermaassen gestalten.

Differenz zwischen Körperlänge und Armbreite.

Untersuchte	0 cm	½—1 cm	2—3 cm	4—5 cm	6—8 cm	darüber	grösste Differenz	bis 1 cm	2—5 cm	mehr
43 Geisteskr.	4	7	10	11	8	3	13 cm	11	21=48,8%	11
100 Normale	5	23	24	14	28	6	12,5[1])	28	38	34

Wir ersehen daraus zunächst, dass nur in wenigen Fällen beide Maasse gleich sind; am häufigsten sind Differenzen von 2—5 cm und zwar sind diese mittleren Differenzen bei den Geisteskranken am häufigsten, die grössten aber (über 5 cm) bei den Normalen.

Die Spannweite fand sich ferner grösser als die Körperlänge bei 26 Geisteskranken = 60,5 pCt. und bei 72 Normalen = 72 pCt. daraus ergiebt sich, dass schon normalerweise bei unsern Frauen die Armbreite grösser war als die Körperlänge und zwar häufiger als bei den Geisteskranken. Da im Allgemeinen die Kategorien I und II, wie wir noch oft sehen werden, körperlich den Irrsinnigen nahe stehen, so können wir obige Sätze auch auf Jene beziehen und im Allgemeinen *Lombroso* (110) nicht beipflichten, wenn er den Verbrechern längere Arme vindizirt, als den Normalen; längere Hände konnte ich endlich bei Jenen auch nicht constatiren.

Am wichtigsten aber erscheint das Kopfskelett. Vorausgeschickt sei hier die Bemerkung, dass von Dr. *Hösel* und mir viele und genaue Schädel- und Gesichtsmaasse an Geisteskranken und Normalen genommen wurden, von denen für uns nur wenige hier praktischen Werth haben, daher die andern weggelassen wurden, während ich bei Kat. I und II nur die nothwendigsten Maasse selbst nahm, und diese bei den Sträflingen oft genug, wegen des Misstrauens, nur schwierig zu erheben waren. Eine war sogar nicht einmal dazu zu bewegen!

Insofern sind anthropologische Untersuchungen in Gefäng-

[1]) Bei einer Buckligen: 19 cm.

Digitized by Google

nissen besser und leichter durchzuführen, als in Irrenhäusern, obgleich die meisten unbestraften Geisteskranken sich gut untersuchen liessen; die Sträflinge müssen im Gefängnisse dem Arzt pariren, hier wissen sie dagegen, dass sie es nicht immer zu thun brauchen. Trotz dieser wesentlichen Einschränkung lassen sich doch einige allgemeine Gesichtspunkte gewinnen, die von gewissem Werthe sind.

Zunächst sei des Horizontal- und Querumfangs des Kopfes gedacht, illustrirt durch folgende Tafeln:

Horizontalumfang.

Untersuchte	49 cm	50—52 cm	52—54 cm	54—56 cm	darüber	54 cm und darüber	grösster	kleinster
32 Sträflinge	—	10	16=50 %	5	1	6=18,7 %	58 cm	—
28 Vorbestr.	—	8	14=50 -	3	3	6=21,4 -	—	—
43 Geisteskr.	1	12	20=46,5 -	7	3	10=23,3 -	56 -	49 cm
99 Normale	—	3	26=26,3 -	49	21	70=70,7 -	58 -	44,5 -

Querumfang.

Untersuchte	29 cm	30—31 cm	31—32 cm	32—34 cm	darüber	31 cm und darüber	32 cm und darüber	grösster	kleinster
31 Sträflinge	—	2	4=13 %	20=64 %	5	29=93,5%	25=80,7%	34,5cm	—
28 Vorbestr.	—	1	7=25 -	13=46,4 -	7	27=96,4 -	20=71,4 -	—	—
43 Geisteskr.	1	3	23=53,5 -	12=28 -	4	39=90,7 -	16=37,2 -	36 -	[illegible]
100 Normale	—	2	42=42 -	52=52 -	4	98 -	56 -	36,5 -	[illegible]

Der Horizontalumfang ward so gemessen, dass das Bandmaass möglichst horizontal über Stirn und Hinterhaupt zu liegen kam und unter den Zopf geführt ward. Bei den Frauen ist diese Messung durch den Haarwuchs erschwert, daher nie ganz genau; auch muss das stets gleichmässige Anpressen des Bandes erst erlernt werden. Hier gilt es mehrmals zu messen, um möglichst sicher zu gehen. Den Querumfang bestimmte das Bandmaass, indem es straff von einem Tragus des Ohres senkrecht über den Scheitel zum andern gelegt wurde. Je nach dem Haarreichthum muss es mehr weniger straff angezogen werden. Die Untersuchungen ergeben nun, dass der grösste Horizontalumfang am häufigsten bei den Normalen sich vorfand, derselbe bei Kategorie I am seltensten war, häufiger bei den Uebrigen, doch

Digitized by Google

ohne frappante Unterschiede. Im Gegensatze dazu war bei den Normalen der Querumfang durchschnittlich kleiner[1]), als bei den Anderen, am grössten zeigte er sich bei den Sträflingen, doch spielt hier sicher der Zufall eine Rolle, da die Geisteskranken, welche sonst immer ähnliche Zahlen aufweisen, wo Kat. I mit 37,2 pCt. bei 32 cm Umfang und darüber gegen 80,7 pCt. notirt sind.

Weitere Schädelmaasse wurden nur an Normalen und Geisteskranken genommen.

Längsdurchmesser.

Untersuchte	15,5 cm	16 cm	16,5 cm	17 cm	17,5 cm	18 cm u. darüber	17 cm u. darüber	höchster	kleinster
43 Geisteskr.	1	—	1	3	10	28 = 65 %	33 = 76,7 %	20 cm	15,5 cm
100 Normale	—	8	3	27	14	48 = 48 -	83 = 83 -	18,75 -	15,75 -

Querdurchmesser.

Untersuchte	14 cm	14,5 cm	15 cm	15,5 cm	16 cm	16,5 cm	darüber	15,5 cm u. darüber
43 Geisteskr.	2	6	21 = 49 %	5	8	1	—	14 = 32,6 %
100 Normale	3	7	41	19	28	1	1	49 = 49 -

Kopfhöhe.

Untersuchte	1 cm	10 cm	11 cm	12 cm	13 cm	darüber	12 cm u. darüber	grösste
43 Geisteskr.	9	—	15	15 = 35 %	9	3	27 = 62,8 %	14,3 cm
100 Normale	—	1	19	54	22	4	80 = 80 -	13,5 -

Der Kopfzirkel ward hier auf die Glabella gesetzt, hinten auf den höchsten Punkt unter dem Zopfe, gewöhnlich der Spina occip. post. entsprechend, und so der Längsdurchmesser gewonnen. Am besten ist es, den Zirkel am Occiput auf- und abgleiten zu lassen, um den prominentesten Theil zu finden, beim Querdurchmesser ward zwischen den vorspringendsten Punkten der Seitenflächen gemessen, die meist mit den Tub. parietal. zusammentrafen. Durch horizontales Auf- und Abführen des Zirkels findet man leicht die gewünschten Stellen. Grössen von 0,3 und 0,6 wurden hier wie dort als 0,5 gerechnet. Die Kopfhöhe endlich ward so gemessen,

[1]) Bei 32 cm und darüber, während bei 31 cm und darüber das Umgekehrte stattfand.

Digitized by Google

dass man bei absolut horizontaler Kopfhaltung über die Scheitelhöhe ein Lineal wagerecht legte und seine verticale Entfernung vom linken Tragus bestimmte.

Obige Tabellen zeigen nun, dass die Normalen durchschnittlich in Längs-, Querdurchmesser und Kopfhöhe die Geisteskranken übertrafen.

Anthropologisch am bedeutsamsten sind aber die Maasse des Vorder- und Hinterkopfes und ihr Verhältniss zu einander. Beide Maasse wurden mit dem Zirkel genommen und zwar vom Tragus zur Glabella einerseits und zur Spina occip. post. (oder überhaupt zum vorstehendsten Punkt) andererseits. Hierbei wurden Grössen von 0,7 und 0,3 = 0,5 gerechnet.

Vorderkopf.

Untersuchte	11 cm	11,5 cm	12 cm	12,5 cm	darüber	12 cm u. darüber	höchster
42 Geisteskr.	9	17 = 40,5 %	13 = 31 %	2	1	16 = 38 %	13 cm
100 Normale	14	18	64	2	2	68 = 68 -	12,75 cm

Hinterkopf.

Untersuchte	9 cm	9,5 cm	10 cm	10,5 cm	11 cm	11,5 cm	12 cm	11 cm u. darüber	kleinster	grösster
42 Geisteskr.	—	—	5	4	15 = 35,7 %	8	10	33 = 78,6 %	9,8 cm	13,5 cm
100 Normale	2	3	22	10	43	8	12	63 = 63 -	8,75 -	—

Differerenz zwischen Vorder- und Hinterkopf.

Untersuchte	0 cm	0,5 cm	1 cm	1,5 cm	2 cm	darüber	mehr als 1 cm	grösste
42 Geisteskr.	5	15	16	4	2	—	6 = 14,3 %	—
100 Normale	23	12	34	11	16	4	31 = 31 -	2,75 cm

Wir sehen also, dass die Normalen einen grösseren Vorderkopf, aber einen kleineren Hinterkopf, als die Geisteskranken hatten, ebenso auch eine grössere Differenz zwischen Vorder- und Hinterkopf und zwar zu Gunsten des Vorderkopfes, denn letzterer war grösser als der Hinterkopf bei 34 Geisteskranken = 80,9 pCt. und bei 98 Normalen = 98 pCt.

Wie die Geisteskranken also einen grösseren Hinterkopf haben, so ist ein solcher auch bei Kat. I und II nach Analogie anzunehmen; *Severi* und *Varaglia* (222) und *Heger* (230) fanden

Digitized by Google

dies in der That bei Verbrechern, resp. Mördern, während *Knecht* (75) das Gegentheil constatirte, vor ihm schon *Bergmann* (75) bei Dieben.

Die verschiedenen Schädelmaasse lassen nun einen gewissen Schluss auf die Schädelcapacität zu, wenngleich nur annäherungsweise. Ungleich sicherer würde die *Rieger-Blomberg*'sche (14) Methode dies gethan haben, welche auch sicher[1]) die Schädelform in ihren intimsten Verhältnissen reconstruiren lässt. Leider ist dieselbe aber ziemlich schwierig zu handhaben, zeitraubend und setzt mathematische Kenntnisse voraus, ist aber dabei trotzdem nicht absolut sicher, da weder die Dicke der Kopfhaut, noch viel weniger aber die der Schädelknochen, welche ja an verschiedenen Stellen eine so verschiedene ist, ebenso wenig wie die Grösse der Stirnhöhlen sich sicher abschätzen lässt, sie verbietet sich ferner bei Widerspenstigen von selbst. Wir bedienten uns daher der alten Messungsmethode trotz ihrer anhaftenden Fehler; sie sollte uns ja nur einen ungefähren Begriff der Schädelgrösse im Grossen und Ganzen geben.

Dies stets im Auge behaltend, fanden wir nun bei Vergleichung unsrer Tabellen, dass bei den Normalen die Schädelcapacität durchschnittlich eine etwas grössere als bei den Geisteskranken war, (Paralytiker, Epileptiker und Idioten ausgeschlossen) und wir können ein ähnliches Verhalten auch bei den Uebrigen voraussehen, zumal hier bei I und II der Horizontal- und Querumfang des Kopfes (letztrer bei 31 cm und darüber, nicht aber 32 cm und darüber) kleiner waren, als bei den Normalen. So fand *Tarnowski* (201) alle Schädelmaasse bei Diebinnen und Huren kleiner, als bei Normalen, so *Benedikt* (215, 230) bei Verbrechern bedeutende Untertypie, ebenso *Hölder* (59), ähnlich auch *Lombroso*, mehr weniger dagegen geleugtnet von *Ellis* (233) und *Kurella* (241). Damit nur theilweis im Einklange steht eine interessante Maassreihe von *Sommer* in Allenberg[2]). Die untersuchten Schädel betrafen sämmtlich erwachsene Ostpreussen.

---

[1]) Auf dem internationalen Congresse für criminelle Anthropologie zu Brüssel, August 1892, demonstrirte *Carlo Gaudenzi* seinen „Tachycraniographen", der allerdings bezüglich der Schnelligkeit und Genauigkeit des Aufzeichnens aller Schädelcontouren bisher das Non plus ultra darstellt.

[2]) Briefliche Mittheilung vom 9. Juni 1890.

Digitized by Google

Untersuchte	Zahl d. Schädel	Durchschnitts-capacität
Sträflinge	10	1361 ccm
Nicht-Verbrecher	179	1426,4 -
Irrenschädel incl. Idioten u. Mikrocephalen	41	1467,4 -
ohne letztere		1530 -

Hier ist also der Irrenschädel (mit Ausschluss von Idiotie und Microcephalie) bedeutend grösser [1]), als der normale, was wohl mehr zufällig sein dürfte. Dem Durchschnittsinhalte von 1361 ccm seiner Sträflinge sehr nahestehend fand ich bei 12 Schädeln von Verbrecherinnen [2]) (wohl alle aus Sachsen) einen durchschnittlichen Cubikinhalt von 1346,9 cm, während *Benedikt* (215) bei geisteskranken Frauen einen solchen von 1317 und *Weissbach* (ibidem) den deutschen Weiberschädel überhaupt mit 1316 ccm berechnet. *Benedikt* betont aber ganz speciell die Untertypie in Bezug auf den Rauminhalt des Schädels bei Geisteskranken. Offenbar spielen Zufälligkeiten aller Art, besonders aber Rasse und Art der Psychose, ob Idiotie, Epilepsie etc. mit einberechnet wurden, eine grosse Rolle. Im Allgemeinen dürfen wir festhalten, dass der normale Schädel der grösste ist, den kleinsten dürfte man bei den Verbrechern suchen, wenn auch die Unterschiede nicht immer grosse sind.

Der Umstand weiter, dass bei unseren Normalen der Vorderkopf fast regelmässig (98 pCt.) grösser als der Hinterkopf ist, was bei den Geistkranken seltener der Fall war (80,9 pCt.), vor Allem aber dass bei Jenen der Vorderkopf im Allgemeinen grösser ist, als bei Letzteren, macht es sehr wahrscheinlich, dass bei den Normalen das Vorderhirn entwickelter ist als bei den Geisteskranken resp. bei den Andern.

Beides zusammengehalten, lässt vermuthen, dass die Intelligenz bei den Normalen am besten ausgebildet ist, was wir später bestätigt finden werden.

---

[1]) Dasselbe sagt er auch in seiner sehr gediegenen Abhandlung über Irrenschädel (190), welche voll feiner Bemerkungen besonders über Schädelverhältnisse und Schädelwachsthum überhaupt ist.

[2]) Ausführliche Mittheilungen hierüber werden an andrer Stelle erfolgen und zwar im Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1893.

Digitized by Google

Aehnliche Resultate treten uns aber auch entgegen, wenn wir jetzt die Kopfform näher betrachten. Man muss erst viele Köpfe unter den Händen gehabt und betastet haben, bevor das Auge sich halbwegs an richtige Schätzungen[1]) gewöhnt, die freilich hinter zahlenmässigen Ergebnissen immer zurückstehen müssen. Hat man aber einmal die nöthige Uebung erlangt, so werden nicht so leicht gröbere Fehler unterlaufen. Ausserdem werden grössere Reihen etwaige Fehler bis zu einem gewissen Grade ausgleichen und ein annäherndes Bild gewähren.

Schädelformen.

Untersuchte	Hydrocephale Kephalone	oval mittelgross	klein	rundlich	lang
50 Sträflinge	5 = 10 %	26 = 52 %	6 = 12 %	11 = 22 %	2 = 4 %
41 Vorbestr.	9 = 22 -	19 = 46,3 -	1 = 2,4 -	10 = 24,4 -	2 = 4,9 -
40 Geisteskr.	13 = 32,5 -	24 = 60 -	—	1 = 2,5 -	2 = 5 -
100 Normale	9 = 9 -	77 = 77 -	3 = 3 -	10 = 10 -	1 = 1 -

Wir finden also, dass die Mittelgrossen, die Mesocephalen in jeder Kategorie vorwiegen, am meisten aber bei den Normalen. Die Hydrocephalen, worunter ich auch die Kephalonen, die gleichmässig grossen Köpfe und Zwischengrössen rechnete, sind am meisten bei den Geisteskranken, am wenigsten bei den Normalen anzutreffen, immerhin aber auch hier mit 9 pCt. notirt. Die Kleinen (Submikrocephalen) sind wiederum bei I am häufigsten, kommen aber auch bei den Normalen vor, die eigentlichen Dolichocephalen sind dagegen in sehr grosser Minderzahl, am meisten noch bei den Geisteskranken, am wenigsten bei den Normalen. Dies stimmt auch mit der Erfahrung, dass im Allgemeinen wirkliche Dolichocephalie, ausser im Norden bei uns nicht sehr häufig ist, dass die Meisten Mesocephalen[2]) sind. Es stimmt also nicht, wenn *Lombroso* (111) bei den irren Verbrechern die Dolichocephalie vorherrschend findet,

[1]) Wie sehr das subjective Ermessen, besonders bei geringer Uebung, trügen kann, sah ich eklatant an einem Beispiele: der eine Arzt hatte in den Acten die betreffende Kranke als „hydrocephal", der andere als „microcephal" bezeichnet, und ich stellte sie als normalköpfig hin!

[2]) d. h. Ovalköpfe, von denen allerdings die Meisten oder wenigstens ein sehr grosser Theil den Brachycephalen zuzurechnen sind.

Digitized by Google

er müsste denn dazu auch die Mesocephalie rechnen. — Auch aus obiger Tabelle kann man wohl ziemlich sicher entnehmen, dass der Schädelraum von den Normalen im Grossen und Ganzen nach den Sträflingen zu allmälig abnimmt, dass ferner die abnorm grossen und abnorm kleinen Köpfe bei den Normalen am seltensten sind. Immerhin sind die Zahlenunterschiede keine zu grossen. — Hier ist auch der Ort, verschiedner andrer Schädelvarietäten zu gedenken. Vor allem sind die mehr weniger spitzen Schädel zu erwähnen, die, wenn ausgeprägt, mit den mehr rundlichen, wenn weniger, mit den ovalen Schädeln combinirt erscheinen und auch bei Normalen oft vorkommen. Ferner giebt es auffallend flache, sattelförmige (s. *Stahl* 194), kahnförmige Schädel, einmal bildete die obere Schädelfläche ein Rechteck. Unter den Kategorien II, III und IV fanden sich der Reihe nach 2, 3, 1 sattelförmige, 5, 3, 8 flache und 2, 0, 3 kahnförmige Schädel.

Die so häufigen, fast normalen, leichten Schädelasymmetrien kann man mit blossem Auge viel weniger gut sehen, als solche des Gesichtsskeletts, am ehesten noch, wenn man die Parietalhöcker und die Mittellinien ins Auge fasst und nach vorn zu die Stirn mit fixirt. Ausgeprägte Asymmetrie dagegen ist relativ selten, am meisten noch bei Nicht-Normalen, bei Normalen fand sie sich nur in 5 Fällen. Die Parietalhöcker sind bisweilen stark ausgeprägt oder auch fast fehlend; Ersteres wieder häufiger bei den Nicht-Normalen. Dass die verschiedenen Schädelvariationen sich vielfach mit einander verbinden, braucht wohl nicht erst speciell hervorgehoben zu werden.

Endlich will ich noch das sogenannte abfallende Hinterhaupt erwähnen. Ich fand bezüglich dies Occiput im Ganzen so geringe Unterschiede, dass ich nicht wagte mich hierüber zahlenmässig auszusprechen. Der Begriff „steil abfallend" ist ein zu vage subjectiver, schwer definirbarer, dagegen ist die Protuberantia occipitalis post. bisweilen sehr stark oder kaum angedeutet, doch ohne gewisse Präponderanz, während *Tarnowski* (201) häufig ein starkes Vorspringen derselben bei Huren beobachtete.

Wenden wir uns jetzt dem wichtigen Gesichtsskelette zu, dessen Hauptmomente folgende Tafel veranschaulichen soll.

Digitized by Google

Gesicht.

Untersuchte	sehr breit, mongoloid	breit	prognath	asymmetrisch	männl. Typus	Mongolenfalte
46 Sträflinge	28[1]) = 60,9%	—	8 = 17,4%	1 = 2,2%	5 = 10,8%	2 = 4,3%
39 Vorbestr.	6 = 15,4 -	3	5 = 13,0 -	3 = 7,7 -		—
41 Geisteskr.	17 = 41,5 -	3	3 = 7,4 -	4 = 9,7 -		5 = 12 -
100 Normale	18 = 18 -	35	17 = 17 -	3 = 3 -		5 (leicht)]

Hier fallen vor Allem die sehr breiten und mongoloiden Gesichter auf, die sogar nicht selten durch vorstehende Backenknochen, platte Nasenwurzel, schiefe Augenspalte und Mongolenfalte dem echten Mongolentypus sehr nahe kommen können und dann einen männlichen Anstrich erhalten. Diese sehr breiten mongoloiden Gesichter fanden sich schon bei 18 pCt. der Normalen, (ausserdem weitere 35 pCt. breite hier) ihre Menge nimmt aber bei den Andern zu, und das Maximum dürfte bei den Sträflingen sein, wo auch der männliche Typus am häufigsten auftritt. Die Erklärung hiervon soll später versucht werden.

Die ziemlich häufige Mongolenfalte, ein angeborner Epicanthus, die in Andeutungen auch bei Normalen nicht so selten war, und welche nach *Ranke* bei Neugeborenen sogar sehr häufig auftritt, sieht *Zacharias* (213) als Rest der Nickhaut an, also als Atavismus, während *Wiedersheim* (218) als sogenannte „Nickhaut" die Plica semilunaris der Conjunctiva versteht, die ursprünglich einen Stützknorpel trug, der sich noch zuweilen bei Negern findet. Jedenfalls ist die Mongolenfalte nur eine Hautfalte und Folge der Configuration der Nasenwurzel.

Wenn *Tarnowski* (201) bei Huren und Diebinnen alle Gesichtsmaasse grösser als sonst fand, so war das bei uns nur sehr bedingt richtig. — Auch die Prognathie dürfte von den Normalen nach den Sträflingen zu an Quantität und Qualität zunehmen, sie ist aber schon normalerweise nicht unbeträchtlich oft anzutreffen.

Gesichtsasymmetrien leichten Grades sind fast normal; man findet sie mit dem Auge besser heraus, als mit dem Zirkel, und leichter als beim Schädel, man muss das Gesicht nur genau en

[1]) Nur hier wurden gleich von vornherein die breiten Gesichter mit eingerechnet.

Digitized by Google

face fixiren und beide Ohren gleichmässig sehen. Die notirten Fälle sind nur die prägnantesten, das schiefste Gesicht — durch einseitige Gesichtsatrophie bedingt, betraf eine Züchtlingin (No. 95). — Endlich traf ich Atherom der Temporalarterien und Narben des Kopfes oder Gesichts nicht häufiger als bei Geisteskranken.

Hier, wie bei allen Untersuchungen muss nochmals betont werden, dass 1) die Sträflinge einer eingehenden Besichtigung gegenüber sich oft refraktär verhielten, 2) die Uebung erst allmälig erworben werden musste, so dass bei den Kategorien I und II, die zuerst untersucht wurden, manches übersehen ward, was bei den Uebrigen verzeichnet wurde, daher dort die Zahlen stets nur ein Minimum vorstellen, 3) endlich, dass auch bei erlangter Uebung eine stets gleichmässige Abschätzung wohl selten möglich ist; heute wird man leicht das Eine notiren, was man morgen vielleicht zu thun unterlassen würde u. s. f.

Die Subjectivität ist eben nicht ein stets gleichbleibender Factor. Trotzdem wird auch so schon das allgemeine Gesetz klar, dass sämmtliche Abnormitäten im Allgemeinen, wenn auch nur gradatim von den Normalen nach den Züchtlingen zu der Menge nach ansteigen.

Gehen wir auf Einzelnes über, so betrachten wir zunächst die Stirn.

Stirn.

Untersuchte	hoch	klein, niedrig	fliehend	abnorm breit	sehr asymmetrisch
44 Sträflinge	12	11 = 25 %	5 = 11,4 %	—	1 = 2,3 %
39 Vorbestsr.	10	4 = 10,2 -	2 = 5,1 -	5	1 = 2,6 -
41 Geisteskr.	1	—	7 = 17 -	—	4 = 9,8 -
100 Normale	32	2	6 = 6 -	2	—

Die hohen Stirnen sind gewöhnlich auch spitz, seltner breit; wichtig sind nur die niedrigen und fliehenden, welche beide bei den Normalen bedeutend zurückstehen. Nach *Lombroso* (1) sollen besonders Mörderinnen und Huren fliehende Stirnen haben, was ich nicht finden konnte.

Während ferner die Stirn fast normaler Weise leicht asymmetrisch ist, wie das Gesicht, so sind ausgeprägtere Grade, was man namentlich an Gestalt und Lage der Stirnhöcker erkennt — ziemlich selten; bei unsern Normalen fand sich keine einzige auffallend

Digitized by Google

schiefe Stirn, entgegen den Angaben von *Roscioli* (165). Die überhängende Stirn fand ich nur bei einer Normalen, bei den Andern nicht, besonders faltige Stirn ebenfalls nur bei 2 Normalen, sonst nicht, entgegen den Angaben *Lombroso*'s. Die „zygomatische" Falte fehlt stets den Verbrecherinnen.

Die Tubera frontalia sind öfter stark prominent, besonders bei Hydrocephalus oder fliehender Stirn, doch auch sonst; seltner findet sich einseitige Abflachung der Stirn.

Bezüglich der Nase ist nichts Charakteristisches zu erwähnen, ausser der breiten, an der Wurzel eingedrückten, flachen, die mit Vorliebe bei den Mongoloiden auftritt. Leider ist dies Organ der äussern Form nach wohl noch nicht genügend anthropologisch untersucht[1]) und die von *Lombroso* (111) vorgeschlagenen Unterarten erschöpfen nicht im Entferntesten den Formenreichthum. Jedenfalls war die Stumpf- und Schiefnase selten und die Adlernase gar nicht bei den Sträflingen und sonst auch, vorhanden (contra *Lombroso*). — Macrognathie, kräftiger Unterkiefer fand sich bei 8,7 pCt. unter 46 Sträflingen und bei einer Vorbestraften, *Tarnowski* (201) fand dieselbe bei Diebinnen und besonders bei Huren. Micrognathie ist viel seltner (nur bei 1 Züchtling und 1 Vorbestraften). Einmal bildete der vordre Theil der Maxilla inf. mit der Spitze nach vorn und in der Mitte ein Dreieck, dessen Seitenflächen dann plötzlich parallel wurden. Ein ander Mal erschienen die Seitenflächen sammt den Zahnreihen der Fläche nach verbogen. Nicht selten dagegen war der Alveolarfortsatz vorn mit den Zähnen breitgequetscht, eine Gerade bildend, so dass dann die Zahnreihen vorn ein Rechteck darstellten. Deutliche Progenee (*Fränkel* 39, 38), wohl meist rhachitisch bedingt, fielen mir nicht auf, wohl aber öfters das abnorme Schiefliegen des Mittelstücks des Unterkiefers, so dass dadurch eine Art von Kalender-Halbmondform im Profil erzeugt ward (bei 6,5 pCt. unter 46 Züchtlingen); die Zähne standen dabei aufeinander. Zurückweichen des Kinn (*Ellis* 233) traf ich nur öfter bei Geisteskranken, nicht aber bei den untersuchten.

[1]) *Okolenghi* (*H. Ellis* 233) hat die Nase bei Verbrechern, Geisteskranken, Idioten und Epileptikern untersucht und will sogar einzelne Verbrecherarten daran erkennen, wie natürlich auch *Lombroso* (222).

Digitized by Google

Der Prognathismus[1]) endlich ward schon früher berührt. Wenden wir uns jetzt den Sinnesorganen zu.

Augen.

Untersuchte	Flecken der Iris	differente Pupillen	nicht oder schlecht reagirende Pupillen	Strabismus
44 Sträflinge	11 = 25 %	1	3 = 6,8 %	1
39 Vorbestrafte	7 = 18 -	1	6 = 15,5 -	2
41 Geisteskr.	9 = 22 -	—	12 = 30,0 -	—
99 Normale	16 = 16,2 -	—	—	1

Bezüglich der Farben der Iris ward schon früher berichtet. Sehr selten waren deutliche Farbenunterschiede an beiden Augen wahrzunehmen; eine Normale hatte z. B. links eine graue, rechts eine fast ganz braune Iris. Bei näherm Zusehen erscheint aber die Iris meist nie gleichmässig gefärbt, sondern zeigt, wie schon *Richter* (159) erwähnt, einen gewöhnlich dunkleren Innen- und Aussenrand derselben Farbe; bisweilen fehlt jede Spur von Pupillarrand, sehr selten dagegen der Skleralrand. Die Ringe können vollständig oder unvollständig, breit oder schmal, manchmal nur spurweis vorhanden sein; selten ist der Innenrand streifig gezeichnet, oder mehr gekörnt. Einmal sah ich 2 Aussenringe. Der Skleralring ist durch Pigment veranlasst, erscheint aber durch Beschattung weiter oder enger. Da diese Ringe aber so gut wie normal sind, ist ihnen eine Bedeutung nicht beizulegen.

Anders steht es dagegen mit den Irisflecken, ein- oder mehrfach, ein- oder doppelseitig vorhanden, Anhäufungen dunkeln, unregelmässig gestalteten Pigments von verschiedner Grösse. Schon bei den Normalen in 16 pCt. der Fälle gefunden, stieg die Zahl bei Kategorie I auf 25 pCt.; hier sind auch häufig Pupillenveränderungen da, besonders in der Form nicht oder schlecht reagirender Pupillen, die bei den Normalen fehlten, dagegen bei den Geisteskranken ihr Maximum erreichten.

Strabismus fand sich sehr selten, doppelseitiges unteres Colobom bei einer Vorbestraften, Cataracta, Ptosis, Ectropium bei je einer aller Untersuchten, Leukom bei einer Vorbestraften, abnormes Naheaneinanderstehen der Augen bei einer Züchtlingin und weit auseinanderstehende bei den Mongoloiden.

[1]) Näheres über „alveoläre" und „wahre" Prognathie s. b. *Ranke* (254). Hier nur von ersterer.

Digitized by Google

Bei den Ohren spielt der Subjectivismus eine besonders grosse Rolle. Hier wird der eine Beobachter ein grosses Ohr z. B. annehmen, wo der Andere es nicht thut, das Ohrläppchen für angewachsen erklären, was der Zweite bezweifeln wird etc. Es empfiehlt sich daher nur die ausgeprägtesten Fälle, die kaum einem Zweifel unterliegen dürften, zu notiren und, um sicher zu gehen, nicht zu viel Varietäten aufzustellen. Ueber die einschlägigen Verhältnisse orientiren am besten ***Binder*** (221), ***Frigerio*** (43), ***Gradenigo*** (44).

Ohren.

rsuchte	Abnormitäten	abnorm gross oder abnorm klein	ungleiche	Flügelohr	verkrüppeltes Ohr	abstehende	Ohrläppchen zu gross, zu klein	angewachsene Ohrläppchen
	%	%	%	%	%	%	%	%
äflinge	29=66	13=29,5	2=4,6	4=9	2=4,5	4=9	9=20,4	13=29,5
rbestr.	14=36	6=15,4	2=5,9	—	1	4=10,2	4=10,2	6=15,4
isteskr.	29=70,7	10=24,4	16=39	8=19,5	3=9,7	5=12,2	8=19,5	14=34,1
ormale	49=49	4=4	3=3	2=2	5=5	4=4	21=21	18=18

Also auch hier das allgemeine Gesetz, dass die Abnormitäten nach den Züchtlingen zu an Zahl zunehmen, im Ganzen und im Einzelnen, doch sind bereits in mehr als der Hälfte der Fälle bei Normalen Unregelmässigkeiten des Ohres zu verzeichnen. Wenn bei den Geisteskranken die Zahlen am höchsten ausfielen, so hängt dies, wie schon bemerkt, mit der genauern Untersuchung und der grössern Uebung im Betrachten zusammen.

Auf Einzelnes übergehend, bemerke ich, dass die Ohrmuschel die meisten Abweichungen darbot, wie schon ***Knecht*** (75) richtig sagt. Es handelte sich um in toto zu grosse oder zu kleine oder abstehende Ohren, zu grosse, zu kleine oder angewachsene Ohrläppchen; Flügelohren sind seltner. Leichte Ungleichheiten beider Ohren in der Grösse kommen vor, auch erscheinen sie bisweilen mehr nach hinten gerückt[1]). Die Verkrüppelung betraf meist den Helix, nur einmal das Ohr in toto; einmal war das sog. „Trichter-

[1]) *Gradenigo* (*Kurella* 241) fand Henkelohren meist einseitig, bei Verbrechern häufiger rechts, sonst links.

Digitized by Google

ohr" zu sehen, einmal war der Helix bandförmig und nach innen flach der Muschel aufliegend. *Darwin*'sche Knötchen zeigten sich öfter, auch bei Normalen, deutliches Satyrohr nur bei einer Vorbestraften. Einmal fehlte das Ohrläppchen gänzlich; der Grad des Angewachsenseins desselben ist ein sehr verschiedner. Willkürliches Bewegen des Ohres und der Kopfschwarte fand sich nur einmal vor und zwar bei einer Züchtlingin. Natürlich können mehrere dieser Unregelmässigkeiten combinirt sein.

Endlich bleiben uns noch die Verhältnisse der Kauwerkzeuge zu untersuchen übrig. Zu grosser, zu kleiner Mund, wulstige oder andrerseits dünne Lippen oben oder unten oder an beiden Stellen, wie auch dicke, dünne, oder lange Zunge waren keineswegs häufig und ohne jede Vorliebe für die eine oder andre Kategorie.

Erwähnen will ich nur noch, dass dagegen häufig, auch bei Normalen, die Zungenspitze etwas abwich und zwar gewöhnlich nach rechts, die Uvula dabei meist nach links.

Mundhöhle.

Untersuchte	Anomalien	abnorm grosse Zähne, alle oder einzelne	abnorm kleine, (einzelne) Zähne	schiefe Zähne oben und unten	ungleich grosse Zähne
44 Sträflinge	18=40,9 %	4 = 9 %	2 = 4,6%	14=31,8 %	—
39 Vorbestr.	20=51,3 -	—	—	9=23,1 -	3=7,7 %
28[1]) Geisteskr.	28=100 -	4 = 14,3 -	1 = 3,6 -	18=64,3 -	6=21,4 -
100 Normale	90=90 -	1 = 1 -	10 = 10 -	45=45 -	2=2 -

Mundhöhle.

Untersuchte	auseinanderstehende Zähne	geknöpfte Zähne	untere Zähne in 1 geraden Linie	sehr stark abgeschliffene Zähne	flacher Gaumen	tiefer Gaumen
44 Sträflinge	3=6,8%	—	1=2,3 %	2=4,6 %	1	—
39 Vorbestr.	1=2,5 -	1	1=2,5 -	1=2,5 -	1	1=2,5 -
28[1]) Geisteskr.	11=40 -	5=18%	4=14,3 -	8=28,6 -	—	1=3,6 -
100 Normale	24=24 -	3=3 -	13=13 -	13=13 -	—	14=14 -

[1]) Darunter 14 mit senilen Veränderungen, vielen ausgefallenen Zähnen, so dass diese früher sicher noch mehr Abweichungen darboten, als jetzt, folglich alle Prozentsätze für die 28 sich gesteigert haben würden.

Digitized by Google

Man ersieht daraus zunächst, dass bei genauerm Zusehen ein normal gestaltetes Mundorgan sehr selten ist. Bei 90 pCt. der Normalen finden sich bereits Abnormitäten, gewöhnlich sogar mehrere cembinirt, die bei den Geisteskranken sogar auf 100 pCt. steigen; jedenfalls würde dies auch bei I und II der Fall sein, wenn man sie hätte genauer untersuchen können. Kein Organ hat so viel sogenannte Degenerationszeichen, wie das besprochne; am eingehendsten werden sie behandelt von *Talbot* (198, 199, 200). Siehe auch *Luzenberger* [116][1]). — Auch hier häufen sich die einzelnen Abweichungen von den Normalen nach den andern Kategorien zu; Kategorie I und II werden den Geisteskranken, der Analogie nach, sehr nahestehen. Wir sehen abnorm grosse, — seltener kleine —, schiefstehende Zähne, auseinanderstehende oder von ungleicher Grösse etc.

Die genannten Anomalien können aber bis auf etwa abnorm grosse Zähne, besonders Eckzähne, nicht als eigentliche Degenerationszeichen gelten, sondern nur als Ausdruck einer — meist rhachitischen — Ernährungsstörung, welche die Zahnanlage zerstört oder schädigt, den Unterkiefer weich erhält, dadurch ihm durch Muskelzug und Druck abnorme Gestalt verleiht, ungleichmässiges Wachsthum zwischen Knochen und Zähnen veranlasst, somit allerlei Verschiebungen, Drehungen der Zähne erzeugt, den Chemismus des Speichels ändert etc. Allerlei Kinderkrankheiten, am häufigsten jedoch Rhachitis wirkt speciell auf die Zähne ungünstig ein. So erklären sich die gerieften, kleinen, geknöpften Zähne, so das schnelle Abschleifen, das Verschieben über und aneinander, die Configuration des harten Gaumens etc. Die „schiefen" Zähne, oben oder unten oder an beiden Stellen zugleich, können der Fläche oder Kante nach oder combinirt schief implantirt sein, auch vor oder hinter einander stehen. Die kleinen Zähne, besonders an den untern Schneidezähnen — auch an den Eckzähnen, doch seltner — sind gern gerieft und geknöpft; gerieftе und gezackte, sonst normal grosse Zähne fanden sich schon bei 32 der Kategorie IV vor! — Die Ernährungsstörungen machen sich im Allgemeinen mehr unten und zwar im mittlern Theile geltend, als oben. Cariöse Zähne waren überall so häufig, dass sie gar nicht erst

[1]) *Zuckerkandl*, Anat. der Mundhöhle mit bes. Berücks. der Zähne, was mir nicht zur Hand.

Digitized by Google

notirt wurden. Das Auseinanderstehen, besonders unten und im mittleren Theile, ist häufig, sehr oft mit Kleinheit, Riefen oder Zacken vergesellschaftet, oben dagegen gern bei grossen, schiefstehenden Zähnen.

Fehlen der mittleren Schneidezähne ward nur bei 1 Vorbestraften und 1 Normalen gesehen.

Sind die obern und untern Schneidezähne gross und schief insgesammt, so ergiebt sich ein exquisites Raubthiergebiss. Bisweilen waren auch nur die Eckzähne allein abnorm gross oder klein, spitzig, glatt; 2mal (bei Vorbestraften) waren die mittleren Schneidezähne oben allein gross. Schaltzähne konnte ich nicht mit Sicherheit finden. Eigenthümlich und wenig bekannt, dabei durchaus nicht so selten ist es, wenn alle Schneidezähne unten — selten mit Einschluss der Eckzähne — eine gerade, statt einer gebogenen Linie bilden; einmal bildeten sie einen spitzen Winkel gerade in der Mitte und einen stumpfen mit den übrigen Zähnen, was schon beim Unterkiefer erwähnt ward. Die Weichheit des rhachitischen Zahnes erklärt ferner das häufige starke Abschleifen der Kauflächen, so dass zuweilen nur geringe Stummel übrig waren. Bogenstellung der seitlichen Zahnreihen, wie *Gutsmann* (219) sah, kamen nicht vor.

Der Gaumen zeigte sich einige Male abnorm flach, häufiger dagegen tief, kielartig, einige Male mit einem medialen Wulste versehen.

Abnorm langes Zäpfchen fand sich nicht, wohl aber 2mal sehr kleines (bei einer Normalen fast knopfartig); bei einer Züchtlingin war eine fast ganz gespaltne Uvula und bei einer Wärterin ein Loch an der Basis derselben durch Lues zugegen.

Da die Ernährungsstörungen in den Kinderjahren bei Nichtnormalen im Allgemeinen gewiss häufiger sind, als sonst, so habe ich den Eindruck gewonnen, dass dort Ausfallen der Zähne — meist durch Caries — daher zahnlose Gebisse, häufiger sind als normaler Weise; waren doch z. B. unter 41 Geisteskranken, allerdings z. Th. alten, 13 so gut wie zahnlos und bei den übrigen 28 bestanden schon senile Verhältnisse und viele ausgefallne Zähne[1])!

[1]) Der Satz *Talbot*'s „Irregularitis of the jaws and teeth are not found in pure races nor in aborigines" dürfte kaum richtig sein. Erstens giebt es wohl kaum reine Rassen, dann liegen schwerlich genügende hierbezüg. Untersuchungen vor.

Digitized by Google

Betrachten wir nun die noch übrig bleibenden Veranlagungszeichen, so haben wir nur wenig Data feststellen können, da die eigne Untersuchung der bekleideten Körpertheile bei unsern sämmtlichen Kranken und dem Wartpersonal von selbst sich meist verbot, wir daher hier nur auf die Angaben des letztern grösstentheils angewiesen waren, also sicherlich manches fehlte, andres nicht gut nachuntersucht werden konnte. Insofern bietet das Zuchthaus günstigere Bedingungen dar, weil der Gefangne ohne weiteres sich genau am ganzen Körper untersuchen lassen muss. Immerhin ergiebt sich für unsre Zwecke doch einiges Brauchbare.

Anderweitige Degenerationszeichen:

Untersuchte	Bartanflug	dicker Hals, Struma	deutlicher Plattfluss	Bruch	Naevus	Linksseitigkeit oder Ambidexterität
44 Sträflinge	1=2,3 %	3=6,9 %	1	3=6,9 %	—	—
40 Vorbestr.	2=5 -	8=20 -	—	2=8 -	1	—
41 Geisteskr.	6=14,6 -	6=14,6 -	—	—	1	—
100 Normale	2=2 -	4=4 -	1	—	1	4

Am häufigsten ist also der dicke Hals und Struma vertreten, desgleichen Bartanflug, bis zu deutlichern Graden, gewöhnlich über den Lippen, selten am Kinn, nie an den Backen. Plattfuss (Féré 33), ausgesprochener, war nur selten, Brüche (Leistenbrüche) öfter, Naevus nur 3mal notirt; von Tätowirung ist nichts bekannt geworden. Der Mancinismus, die Linkshändigkeit, welche *Lombroso* so sehr bei den Verbrechern in den Vordergrund stellt, findet sich zufällig nur bei 4 Normalen vor, worunter auch die Ambidextrae eingerechnet wurden.

Ueber reichliches und dünnes Haar ward schon früher gesprochen. Ich bemerke nur noch, dass dicke und lange oder spärliche und kurze Wimpern hier und da, ohne Regel, vorkamen. Eine Normale endlich zeigte lanugo-artige Behaarung an Stirn und Wangen.

Von weiteren, mehr einzelnen Befunden seien noch folgende erwähnt:

Auffallende spindelförmige Finger zeigte 1 Geisteskranke, angeborene Luxation der Hüfte 1 Vorbestrafte, Skoliose und Lordose hatten 6 Personen (1 Z., 1 V., 2 G., 2 N.) und Hühnerbrust 2 (1 V., 1 G.).

Digitized by Google

Von nervösen Störungen seien endlich angeführt: Epilepsie, früher oder zur Zeit noch bestehend bei 7 Sträflingen und 4 Vorbestraften, Taubstummheit bei 1 Züchtling, Hysterie bei 2 Züchtlingen, Bettnässen bei 1 Züchtlingin, choreaartige Armbewegungen bei 1 Züchtlingin, Tic convulsif bei 1 Vorbestraften, Stottern bei 1 Vorbestraften, Sprachataxie bei 1 Geisteskranken, Strabismus bei 1 Züchtlingin, 2 Vorbestraften und 1 Normalen (bei letzterer mit Nystagmus horizontalis combinirt). Scheinbare ungleichmässige Innervation des Facialis war häufig, auch bei Normalen; da in concreto aber die sichre Diagnose oft recht schwer ist, Aplasien der Musculatur oder einseitige Knochenhypertrophien dieselbe leicht vortäuschen können etc., so wurden die Fälle nicht speciell notirt.

Im Allgemeinen sehen wir also die Zahl der sonstigen Degenerationszeichen am Körper nach den Verbrechern zu quantitativ — wohl auch qualitativ — zunehmen.

Vergleichende Leichenbefunde kann ich nicht anführen. *Knecht* (75), und Andere, besonders aber *Benedikt*[1]), fanden oft bei Verbrechern Anomalien an den Hirnwindungen etc. und den innern Organen, während Andre einen Zusammenhang zwischen Anordnung der Hirnwindungen und Verbrecherthum nicht finden konnten und vergleichende Hirnwägungen unsicher sind. Aber bisher sind alle Untersuchungen (die meisten von *Tenchini*, siehe *Kurella* 259) an zu kleinem Materiale vorgenommen worden, um sichere Schlüsse ziehen zu können, ausserdem wissen wir, dass schon bei Geisteskranken Abweichungen in der Lagerung der Hirnwindungen etc. ganz gewöhnlich sind, ja selbst 2 normale Gehirne einander nicht gleichen, so dass man noch nicht einmal sicher einen Normal-Typus des Gehirns aufstellen kann[2]). Aehnlich verhält es sich mit Irregularitäten an den innern Organen, die so häufig schon bei Gesunden sich finden. Immerhin lässt sich a priori und nach Analogie der übrigen sogen. Degenerationszeichen annehmen, dass bei Geisteskranken und Verbrechern Abweichungen auch der innern Organe und des Hirns häufiger sein werden.

[1]) Die abnormen Verhältnisse am Gehirn von Verbrechern betont am meisten *Benedikt* (231, 7). Siehe auch *Lombroso* (222). Energisch spricht sich dagegen aus *Kirn* (237). *Benedikt* meist missverstanden (243, 250).

[2]) Wichtiger sind die öfter vorgefundenen pathologischen Befunde im Gehirn und an den Hirnhäuten, wie *H. Ellis* (233) mit Recht bemerkt.

Digitized by Google

Folgende Schlusstabellen sollen einen Ueberblick über die Häufigkeit der gesammten Degenerationszeichen bei den einzelnen Kategorien und die Zahl der davon gleichzeitig betroffenen Körpertheile gewähren.

Zahl der gleichzeitig vorhandenen Degenerationszeichen.

Untersuchte	ohne	mit 1 Zeichen	2 Z.	3 Z.	4 Z.	5 Z.	6 Z.	7 Z.	8 Z.	9 Z.	über 4 Zeichen
	%	%	%	%	%						%
Sträflinge	4=9,1	6=13,6	8=18,2	10=22,7	6=13,6	2	5	2	—	1	10=22,7
Vorbestr.	7=18	8=20,5	5=12,8	9=23,1	2=5,1	7	—	—	1	—	8=20
Geisteskr.	—	2=5,1	5=12,8	5=12,8	5=12,8	5	7	7	2	1	22=54
00 Normale	3=3	15=15	17=17	25=25	21=21	11	4	4	—	—	19=19

Zahl der von Degenerationszeichen gleichzeitig betroffenen Körpertheile[1]) (Organe).

Untersuchte	1 Organ	2 Organe	3 Organe	4 Organe	5 Org.	6 Org.	mehr als 2 Organe betroffen
	%	%	%	%			%
44 Sträflinge	7=15,9	12=27,3	11=25	6=13,6	4	—	21=47,7
39 Vorbestr.	8=20,5	10=25,6	6=15,4	7=18	1	—	14=36
39 Geisteskr.	5=12,8	10=25,6	16=41	5=12,8	3	—	24=61,5
100 Normale	29=29	30=30	29=29	6=6	2	1	38=38

Wir sehen also, dass schon die Zahl der gleichzeitig vorhandenen Veranlagungszeichen bei den Normalen eine enorme ist, dass nur 3 pCt. derselben von allen Degenerationszeichen frei waren, dass bei 19 pCt. ferner über 4 Zeichen gleichzeitig vorhanden sind. Alle Procentzahlen steigen aber von den Normalen nach den Sträflinginnen zu, am meisten bei den Geisteskranken, die ja mit den Normalen am genauesten untersucht wurden[2]). Bei allen Kategorien sehen wir ferner 2 bis 4 Zeichen am meisten vertreten.

Aehnlich verhalten sich die Zahlen der gleichzeitig von Ano-

[1]) Als einzelne Körpertheile (Organe) wurden hierbei gerechnet: Schädel, Gesicht, Stirn, Augen, Ohren, Mundorgane und der übrige Körper.

[2]) Daher kommt es auch, dass Kat. I und II häufiger von Degenerationszeichen frei erscheint, als die Uebrigen.

Digitized by Google

malien betroffenen „Organe", wobei aber absichtlich alle nervösen Zustände ausgeschlossen und nur somatische Veränderungen berücksichtigt wurden. Auch hier fanden sich überall am meisten 2 bis 4 Organe gleichzeitig betroffen und auch hier die Procentzahlen, wie früher, ansteigend. Wunderbarer Weise findet sich der einzige Fall mit 6 Organen bei einer Normalen.

Nach diesen kolossalen Zahlen glaube ich nicht, dass *Lombroso* (1) Recht hat, wenn er den Verbrecherinnen weniger Entartungszeichen vindicirt, als den Verbrechern; jedenfalls dürfte der Unterschied kein grosser sein [1]).

Bevor wir nun diesen Gegenstand verlassen, haben wir uns über die Natur und den Werth der sogenannten „Degenerations- oder Veranlagungszeichen" auszusprechen.

Ebensowohl die Definition, als auch die Dignität derselben sind z. Z. noch strittig. Vortreffliches hierüber wird man besonders bei *Meynert* (128) und *Metzger* (133) finden.

Streng genommen, dürfen alle krankhaften Veränderungen, die intra- oder extrauterin entstanden sind, nicht hierher gerechnet werden, wozu leider die meisten sogenannten Degenerationszeichen gehören. Ebenso wenig darf man ihnen gewisse Formationen der Nase, des Kinnes, der Lippen etc. beirechnen, welche gewiss nicht immer durch Ernährungsstörungen bedingt erscheinen und sich bekanntlich gern in gewissen Familien (Bourbonen, Habsburger) oder Rassen (Juden) forterben, Abweichungen, die nur ein ästhetisches Interesse haben, und dies um so weniger, als es einen Idealtypus des Menschen nicht giebt. Schon daraus ist aber zugleich ersichtlich, dass nicht alles, was sich forterbt, als Stigma gelten darf. — Ich schlage nun vor als Degenerationszeichen nur gewisse Hemmungsbildungen und echte Atavismen hinzustellen.

Sehen wir darauf hin das, was man gewöhnlich „Degenerationszeichen" nennt, und was als solches auch in unsern Tabellen figurirt, näher an.

Die Dignität der Schädelbildungen wurde früher sehr über-

[1]) Ob die angeblich viel seltener auftretende Zahl von Degenerationszeichen bei Frauen, den Männern gegenüber, wie *Marro* und *Morselli* (222) wollen, durch sexuelle Auslese bedingt ist, erscheint gleichfalls fraglich, da wir gerade in den unteren Ständen wohl die hässlichsten Ehefrauen finden.

Digitized by Google

trieben [1]), doch spricht sich schon der alte *Stahl* (192, 193, 194, 195) hierüber sehr vernünftig aus. Das hing damit zusammen, dass man glaubte, der Knochen bestimme einzig und allein das Gehirnwachsthum, während man jetzt weiss, dass letzteres allein oder wenigstens vorwiegend die Gestalt der Schädelkapsel bestimmt [2]). Die Abhängigkeit des Knochens vom wachsenden Gehirne beweist deutlich *Benedikt* (225), und nach ihm (226) ist weiter der Schädel eine so wenig starre und unbewegliche Masse, dass er im Sommer grösser wird, als im Winter, ebenso nach anhaltender Arbeit etc. So ist denn auch die *Virchow*sche Lehre der primären Synostosen und der secundären Compensationen wohl gänzlich aufgegeben worden; hierin gebührt *Rieger* ein grosses Verdienst. Den besten Beweis der Unabhängigkeit zwischen beiden Vorgängen liefern die mikrocephalen Schädel mit offnen Nähten. Sobald das Hirn nicht mehr wächst, so hört auch der Knochen auf zu wachsen und kann dann an seinen Suturen allmälig verwachsen, als normaler Vorgang, oder die Verwachsung wird vorzeitig eintreten, wenn irgendwie an ihm oder den Nähten eine Entzündung oder eine Ernährungstörung sich etablirt [3]).

Ein weitrer wichtiger Factor für die Schädelform ist aber, wie besonders *Rieger* vortrefflich darstellt, die Muskelwirkung, besonders der Kau- und Nackenmuskeln.

Es sind also eine Reihe von biologischen Momenten, die

---

[1]) Man vergleiche z. B. die phantastischen Ansichten *Voppel*'s (205) hierüber.

[2]) *Rieger* (157), *Metzger* (133), *Schnopfhagen* (220), *Wiedersheim* (221), *Gegenbaur*, *Ranke*, *Waldeyer*, *Benedikt* etc.

[3]) Wichtig und interessant sind einige Bemerkungen *Zuckerkandl*'s: „... Die Synostose (vorzeitige) einer Naht scheint für die Mehrzahl der Fälle unabhängig vom Verhalten des Gehirns zu sein, und vielmehr durch Processe zu entstehen, die sich primär im Knochen und der Naht selbst abspielen. An eine wirkliche Compensation ist dabei nicht zu denken. Dass die eine Hemisphäre Theile entwickeln würde, weil diese auf der Gegenseite nicht recht zur Entwickelung kommen konnten, ist mehr als unwahrscheinlich. Auf Seite der Verengerung sieht man die Windungen zusammengeschoben oder es schiebt sich, wie ich in einem Falle sah, die mediale Partie der ersten Stirnwindung auf die geräumigere Gegenseite hinüber." (Briefliche Mittheilung.)

Digitized by Google

wirksam sind, und ich glaube, *Kollmann* (83) hat völlig Recht, wenn er sagt, dass nur Biologie und Entwicklungsgeschichte uns über die Structur der Knochen aufklären können, nicht die Mathematik. Wenn daher *Benedikt* (215) die Schädeloberfläche aus Stücken, beiläufig von Kugelschalen zusammengesetzt, entstanden denkt und diesen Gedanken immer wieder von Neuem (225, 226) vertritt, so wird ihm kaum Jemand hierin folgen, und *Hieger's* (52) „goldner Schnitt" trifft gewiss nur selten zu.

Eines Lächelns wird man sich aber erst recht nicht erwehren können, wenn gewisse Anthropologen eine Unzahl von Maassen nehmen, *Török* (83) z. B. 5000! Das sind reine Spielereien! Ja, es fragt sich überhaupt, ob es lohnt, so genaue Erhebungen an sogen. Rassenschädeln vorzunehmen, da es kaum reine Rassen giebt, und die Variationen erheblich genug sind, um weitgehende Schlüsse zu verbieten.

Rieger (l. c.) hält es weiter für noch nicht erwiesen, dass Brachy- und Dolichocephalen in utero selbst gebildet seien, dass diese Form demnach als solche sich forterbe. Dem widerspricht allerdings *Zuckerkandl*[1]) und z. B. auch der namhafte Gynäkologe Prof. *Sänger* in Leipzig[2]), und ihrer Meinung ist schon a priori beizutreten.

Wie *Schaafhausen* (176) der Dolichocephalie, die sich oft bei Wilden und an Schädeln aus der Bronzezeit vorfinden soll, eine atavistische und degenerirende Bedeutung beilegen möchte, ist unerfindlich, da 1. sehr viele sogenannter Wilden Brachycephalen sind und ferner uns viel zu wenig Schädel aus der Bronzezeit bekannt sind, um überhaupt ein sichres Urtheil über die damals vorherrschende Kopfform zu gewinnen; 2. Langköpfe beinahe ethnographisch bei den Engländern auftreten und *Ammon* [232][3]) den Germanen als Hauptrepräsentanten der Arier solche

[1]) „. . dass diese Formen im spät-embryonalen Leben zu finden sind, scheint mir sicher zu sein." (Briefl. Mittheilung.)

[2]) „Die Schädelform der Neugebornen wird durch 2 Factoren bestimmt: 1) Race und Erblichkeit, 2) Veränderung durch die Geburtsvorgänge." Briefl. Mittheilung vom 28. September 1892.

[3]) So interessant die Untersuchungen *Ammon's* sind, machen sie doch durch allerlei gewagte Schlüsse und phantastischen Aufputz einen mehr chauvinistischen und tendenziösen, als wissenschaftlichen Eindruck. Ernst aber auch anfechtbar genug ist die Arbeit von *Wilser* (238).

Digitized by Google

ursprünglich zuschreibt (was wohl nur bedingt gilt, zumal da viel zu wenig Untersuchungen hierüber aus alten Gräbern vorliegen). Zu den Ariern gehören aber bekanntermaassen auch die Romanen und Slaven, welche im Allgemeinen brachycephaler sind, als die Germanen. Trotzdem wird Niemand beweisen können, dass die Langköpfe die höchste Geistesentwickelung darstellen, wie *Ammon, Lombroso* (222) und *Wilser* (238) es wollen; umgekehrt lässt sich mit mehr Recht vielleicht behaupten, dass der Romane mit kürzerem Schädel mehr ursprüngliches Ingenium besitzt, als der Germane mit seinem längeren. Wir fanden ferner ausgesprochene Dolichocephalie unter unseren Verbrecherinnen selten, dagegen, wie auch sonst, die Meso-Brachycephalie vorherrschend. Wie trotz alledem *Pick* (148) dazu kommt, die Dolichocephalie bei der Aetiologie der primären chronischen Demenz, allerdings combinirt mit vorn kielförmigem Kopfe, eine Rolle spielen zu lassen, ist mir unerklärlich.

Die Dolicho- und Brachycephalie sind belanglos, auch wo erstere durch Synostose bedingt erscheint. Ausser durch Uebertragung der Rasseneigenthümlichkeit kann erstere aber sicher auch durch einen schweren Geburtsact bedingt sein oder gefördert werden, trotzdem der gepresste Kopf sich später häufig genug redressirt. Ueberhaupt wurde früher der Druck auf Knochen und Gehirn beim Geburtsact in seinem Werthe vielfach übertrieben. Man vergesse nicht, dass das Gehirn beim Fötus die Schädelkapsel nie ganz ausfüllt. Nur bei schweren Geburten ist ein Nachtheil für das Gehirn denkbar, und es besteht grosse Wahrscheinlichkeit, dass Geisteskranke, wohl auch ein grosser Theil der Verbrecher, öfter als andere Menschenkinder schwer geboren wurden, also ein lädirtes Gehirn schon ab partu davontrugen, was wohl *Meynert* zuerst als Hypothese aussprach[1]). Dass unter Umständen eine starke künstliche Compression des Schädels, wie es früher (z. B. in Peru) und zum Theil noch jetzt bei meist wilden Völkern geschieht (*Bräss*, 105) ein Gleiches bewirken kann, zeigt die bei den alten Peruanern als gross angenommene Kindersterblichkeit. Abnorm hohem Druck werden neben starker Verschie-

[1]) *Wulff*, (Die geistigen Entwicklungshemmungen durch Schädigung des Kopfes vor, während und gleich nach der Geburt. Diese Zeitschr. Bd. 49 p. 113) weist auf die vielen Idioten und Epileptiker bei schweren Geburten, besonders bei grosser Heredität.

Digitized by Google

bung der Knochen, Zerren der Nähte auch Blutungen oder schwere Ernährungsstörungen im Gehirn und in den Hirnhäuten setzen und so vorzeitiges Aufhören des Gehirnwachsthums und eventuell vorzeitige Synostosenbildung veranlassen. Letztere dürfte aber doch, trotz *Meynert* (129) in vivo sehr schwer zu erkennen sein.

In gewöhnlichen Fällen ist dies aber Alles nicht der Fall, und wir müssen uns dann auffallende Schädelformen, soweit typische nicht durch die Rasse oder künstliche Verbildung vermittelt wurden, durch Ernährungsstörungen, besonders des Gehirns, doch auch wohl der Knochen, entstanden denken, theils schon in utero durch schlechte Säfte der Mutter, theils später durch Kinderkrankheiten aller Art, besonders Rhachitis. Dass unpassende Lagerung des Neugebornen, Einzwängen des Kopfes in Haube etc. auch das Ihrige mit beitragen können, soll nicht bestritten werden.

Die meisten Schädelanomalien, selbst der oft hervorgehobene scaphoide Schädel, sind also quoad vitam et intellectum wohl ohne Belang. Hat doch ausserdem *Richter*[1]) nachgewiesen, dass von der äusseren Form eines Schädels auf seine innere Gestaltung nur sehr vorsichtig zu schliessen ist, weil bei äusseren grossen Verbildungen häufig die inneren, wie Ausgüsse lehren, nicht sehr abnorm erscheinen.

Selbst Mikrocephalie, wenn nicht hochgradig, ebenso Hydrocephalie, Kephalonie, Asymmetrie etc. kann, wie berühmte Beispiele lehren, mit geistiger Gesundheit sehr wohl bestehen, und *Descartes*, *Guido Reni*, *Schumann* waren z. B. submikrocephal (*Lombroso* 180). Wo man bei Mikrocephalie offene Nähte und im Gehirn keine Läsion findet, könnte man an wahre Hemmungsbildung, an Mangel am Nisus formativus (*Arndt*) denken (in letzter Instanz freilich wohl als Ausdruck einer Ernährungsstörung oder eines vererbten fehlerhaften Chemismus). Dann liessen sich diese Fälle den Degenerationszeichen einreihen. Nur sehr bedingt könnte man endlich gewisse Fälle auf Atavismus zurückführen, wie *Wiedersheim* (218) sagt. Ob endlich nicht bisweilen durch vorwiegende Läsion der Kopfknochen bei der Geburt und relativ geringere des Gehirns, durch erzeugte frühzeitige, allgemeine Syn-

[1]) „Ueber Ausgüsse an Schädeln Geisteskranker." *Virchow's* Archiv Bd. 128 H. 2, Ref. im neurolog. Centralbl. 13/92.

Digitized by Google

ostose doch auch Mikroceph. primär entstehen kann, ist mir nicht ganz unwahrscheinlich.

Die andre, wichtigste Kopfform, die Hydrocephalie, gehört gleichfalls nicht zu den Entartungszeichen, sondern ist das Residuum eines abgelaufenen pathologischen Processes, meist mit Rhachitis vergesellschaftet und im Uterus beginnend, doch auch später erst im Gehirn sich entwickelnd. Nur diejenigen seltnen Fälle, die auf wahrer Hypertrophie der Gehirnsubstanz beruhen, könnten als Entartungszeichen gelten und erblich sein.

Nicht recht verständlich bleibt mir die Bemerkung *Benedikt*'s [1]) (230), dass die grössten Schädeldifformitäten bedeutungslos seien wegen vollständiger Compensation, dagegen geringere Grade uns sichrer eine functionelle Perversion des Gehirns anzeigen. Nach ihm begründet jede Difformität am Normalen einen Verdacht, dass er aus einer neuropathischen Familie stammt, oder selbst nicht intact ist oder geisteskrank werden oder eine geistige Abnormität seinen Nachkommen vererben könne. Hier geht er, glaube ich zu weit. Allerdings kann man ja nie sicher sagen, ob der Träger eines solchen Schädels dermaleinst psychisch erkranken wird, das bezieht sich aber auch auf ganz normale Schädel, und bei unsern normalen Frauen fanden wir eine Menge abnormer Schädel vor, und es besteht trotzdem sehr wenig Wahrscheinlichkeit, dass Viele davon geistig erkranken, wenngleich sie zum grossen Theile neuropathisch belastet sind, und wie viele Personen wird man überhaupt finden, die in der Ascendenz nicht irgend ein Belastungsmoment aufweisen?

Ich möchte meine Meinung schliesslich dahin zusammenfassen, dass nur die höhern Grade von Missgestalt des Schädels Beachtung verdienen und einen Fingerzeig abgeben können, insbesondre die Hydro- und Mikrocephalie, vor Allem, wenn noch weitere Zeichen am Körper vorhanden sind.

Auch der Mongolentypus gehört nicht zu den Degenerationszeichen, noch weniger zum Atavismus, da Millionen der intelligentesten Köpfe demselben angehören, und er auch bei uns, wie wir sahen, wenigstens in den niedern Graden, gar nicht so

[1]) *Benedikt* (243) sagt richtig: „Es giebt überhaupt keine specielle Anthropologie resp. keine specielle Kraniologie der Verbrechen". Als bei Verbrechern relativ häufiger erwähnt er (246) die Brachycephalia occipitalis und die „vordere Gehirnsteilheit".

Digitized by Google

selten ist, häufiger allerdings bei den Geisteskranken und Verbrecherinnen, und er spielt ja bekanntlich im Rahmen des „geborenen Verbrechers" nach *Lombroso* eine bedeutsame Rolle. Bei den Mongolen scheint er Rasseneigenthümlichkeit zu sein und nicht etwa durch frühzeitige Basal-Synostose zu entstehen, wie auch die Professoren *Schmidt*[1]), *Manouvrier*[2]) in Paris und *Zuckerkandl* meinen. Auffallend kann es nun erscheinen, dass auch bei uns Anklänge[3]) daran nicht so selten sind. „Wo solche Anklänge auftreten, sagt Prof. *Schmidt*, lässt sich darüber streiten, ob man es mit einer „zufälligen" Variation oder mit einem Wiederauftreten mongolischer Erbstücke zu thun habe." Vielleicht ist kein europäisches Volk von mongolischer Beimischung ganz frei geblieben, indirect durch die Römer, direct durch Hunnen, Avaren und Ungarn, wenn letztere wirklich zu den Mongolen gehören, was sich strittig ist. Wenn nun mongoloide Gesichter häufiger in den untern, als obern Ständen bei uns sich finden, so erkläre ich diesen Umstand dadurch, dass die Vermischung mehr in den untern Schichten eintritt und der Typus sich nachher weiter forterbt. In manchen Fällen ist es aber auch gewiss ein Stehenbleiben des kindlichen Typus, der nach *Ranke* häufig mongoloiden Anstrich aufweist. Ob endlich nicht die beim niedern Volke so häufigen rhachitischen, skrofulösen Störungen mindestens einen solchen Typus vortäuschen können, besonders auch durch Knochenauftreibungen, erscheint mir nicht unplausibel.

Schädel- und Gesichtsdifformitäten können auch, wie *Meyer* (127) zeigte, durch Wirbelscoliose oder habituelle Schiefhaltung sich herausbilden, was aber gewiss nur selten eintritt[4]).

---

[1]) „Soweit ich das Material kenne, besteht in Bezug auf diesen Punkt kein wesentlicher Unterschied zwischen den Schädeln von Mongolen und denen von Weissen." (Briefl. Mitth.)

[2]) Mündliche Mittheilung.

[3]) „Der Mongolentypus wird, wenn er wirklich in zahlreichen Fällen auftreten sollte, offenbar nur vorgetäuscht, obwohl allerdings in einem geringen Procentsatze sich namentlich innerhalb der slavischen Bevölkerung ein mongoloider Typus findet. Pathologische Processe können aber nimmermehr eine ähnliche Form vortäuschen." Prof. *Zuckerkandl* (schriftl. Mitth.)

[4]) Durch rhachitische Verkrümmung der Wirbelsäule entstand die Asymmetrie am Schädel *Kant's*, gleichfalls als Zeichen des Rhachitismus aufzufassen (*Meynert* 258).

Digitized by Google

Dass der Rhachitismus am Gesichtsskelett und an dem Mundorgan, speciell den Zähnen, mancherlei Veränderungen herbeiführen kann, sahen wir schon früher; dasselbe gilt auch von vielen andern Difformitäten des Körpers. Hier möchte ich noch auf ein, jedenfalls derselben Quelle entstammendes Symptom aufmerksam machen, das ich sonst nirgends erwähnt fand: das nicht horizontale, sondern mehr schiefe oder gar fast verticale Wachsthum einzelner Nägel an Händen, besonders aber an den Füssen, durch abnorme Gestalt des Nagelbetts bedingt, ein Befund, der bei Normalen, scheinbar aber noch häufiger bei Geisteskranken etc. sich findet.

Auch an den Sinnesorganen lässt sich nur Weniges als eigentliches Degenerationszeichen bezeichnen. An den Augen möchte ich noch am ehesten hierher rechnen das Coloboma iridis oder Chorioideae, den Albinismus, Hemmungsbildungen, vielleicht aber auch auf Ernährungsstörungen zurückzuführen, weiter etwa den Strabismus, soweit es sich um erbliche und nicht grob pathologisch bedingte Fälle handelt, während Irisflecken, die auch bei Normalen schon häufig sind, wohl nur Enährungstörungen ihr Dasein verdanken.

Bei den Ohren muss man in der Beurtheilung speciell sehr vorsichtig sein, da dieselben sich erst sehr spät entwickeln und fast individuelle Variationen aufweisen, die sämmtlich ohne Belang sind. Nur das Abstehen derselben — wenn es nicht durch unpassende Kopfbedeckung des Kindes veranlasst war — das Fehlen, Verkümmert- und Angewachsen-Sein des Ohrläppchens, das Satyrohr und das *Darwin*'sche Knötchen, kann man mit ziemlichem Recht als echte Atavismen[1]) hinstellen, ebenso die noch erhaltene Function der Ohrmuskeln. ***Meynert*** macht aber darauf aufmerksam, dass auch rein mechanisch, durch Druckwirkung der Kopfkappe bei anomaler Amniosfaltung unter verschiednen Missbildungen des Kopfes auch Entwicklungsmängel des äussern Ohres entstehen können.

Am Mundorgan kann man als Entartungszeichen zunächst nur Spaltbildungen an Lippe, Gaumen und Zäpfchen bezeichnen, Hemmungsbildungen — vielleicht nicht immer einmal solche — welche

[1]) Ob auch sonst noch weitere Formveränderungen, wie *H. Ellis* (253) angiebt, bleibt fraglich.

Digitized by Google

bekanntlich gern sich weiter erben. Ferner gehören hierher abnorm grosse Zähne, besonders Eckzähne, deutlich erhaltner Zwischenkiefer — Prognathismus, soweit nicht Rhachitismus im Spiele ist, ein 4. Molarzahn, endlich die seltnen Halsfisteln (197), Bildungen, die man wohl ohne Widerrede als atavistisch erklären kann.

Auch zu reichliches Haar, im Verhältniss zur Pigmentation, könnte vielleicht so ausgelegt werden, ebenso Bart bei Frauen — Bartanflug bei Brünetten ist aber bekanntlich sehr häufig — und Behaarung über die gewöhnlichen Grenzen hinaus oder weit verbreiteter Lanugo, dagegen nicht: verschieden gefärbtes Haar.

Am übrigen Körper wird die Ueberzähligkeit[1]) an Fingern, Zehen, Brüsten etc., nicht aber das Fehlen einzelner Glieder, die durch intrauterine Amputation oder Druckatrophie erzeugt sein kann, Atavismus sein, ebenso das Persistiren der Schwimmhaut. Der Platt- und Klumpfuss lässt sich auf pathologische oder intrauterine Vorgänge zurückführen, dasselbe gilt bezüglich des Knies und der sogenannten angebornen Luxation, doch spielen agenetische Processe zuweilen eine gewisse Rolle; nur in letzterem Falle könnte man also von einer Hemmungsbildung, einem Degenerationszeichen sprechen. Auch die Brüche, selbst die angebornen, kann ich nicht ohne Weiteres zu letzteren rechnen, da gewiss sehr oft Ernährungsstörungen und Druck in utero etc. mitspielen dürften; eher dagegen gewisse vererbbare Geschwülste, wie z. B. die Naevi, die Struma, trotzdem hier krankhafte Wachsthumsvorgänge stattfinden.

Durchaus aber ist die Linkshändigkeit [104][2]) als Degenerationszeichen oder gar als Atavismus abzulehnen, da dieselbe höchstwahrscheinlich nicht vererbt ist, sondern nur durch Nachahmung entsteht (*Meynert* 128) und nichts mit dem angeblichen Prävalirn einer Hirnhälfte zu thun hat, da *Tigges* und *Meynert* einen wesentlichen Gewichtsunterschied zwischen den beiden Hälften nicht

---

[1]) Aber auch diese wird von *Zander* nicht atavistisch aufgefasst, sondern auf Einwirkung des Amnion auf die embryonale Gliedmaassenanlage (Faltenbildung, Spaltung etc.) zurückgeführt. Siehe seinen Artikel: „Ist die Polydactylie als theromorphe Varietät oder als Missbildung anzusehen?" *Virchow*'s Archiv CXXV, 3, p. 453. Ref. in *Schmidt*'s Jahrbüchern Febr. 1892.

[2]) Schon bei den Neugebornen sind die Rechtshändigen in der Majorität.

Digitized by Google

finden konnten. Wir hatten unter unsern Sträflinginnen auch nicht eine einzige Linkshändige, und dass *Lombroso* zufällig viel solcher unter seinem Materiale fand, besagt wenig und berechtigt ihn noch viel weniger zur Annahme eines Atavismus.

Wenn von Vielen alle möglichen Neurosen: Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie, Chorea, tics, Bettnässen, Strabismus etc. ebenso Phthise, Tabes etc., kurz die erblichen Krankheiten, den Entartungszeichen zugerechnet werden, so kann ich mich damit nicht einverstanden erklären. Es sind nur Krankheiten, zu denen allerdings der Keim ererbt sein kann, die in den meisten Fällen aber ohne occasionelle Ursachen des socialen Lebens nicht zu Tage getreten wären.

Nach Obigem können wir also nur einen sehr geringen Theil der sogenannten Degenerationszeichen als solche ansehen und müssen uns energisch dagegen verwahren, wenn *Lombroso* und Andre alles Mögliche in den weiten Topf der „Entartungszeichen" werfen und den Begriff: „Atavismus" ungebührlich ausdehnen. Nur relativ sehr Weniges kann man halbwegs sicher als echten Atavismus[1]) ansehen, auch gehören hierhin nicht alle Hemmungsbildungen, am allerwenigsten ist aber die Erblichkeit ein Kriterium dafür. Welchen Täuschungen man sich hierbei, wie auch über Degenerationszeichen, hingeben kann, illustrirt *Meynert* (128) am besten.

Wenn wir nun in den voraufgeschickten Tabellen die üblichen Degenerationszeichen aufzählten, so geschah es vor Allem darum, um zu zeigen, dass dieselben schon bei den Normalen ausserordentlich häufig sind, bei den Irren und Verbrechern aber noch zahlreicher auftreten, ohne dass jedoch die Zahlenunterschiede so grosse wären oder ihre Gruppirung so specifisch, um einen eignen „Verbrechertypus" à la *Lombroso* zu construiren. Der grosse Italiener würde gewiss unter unsern Hunderten von Kranken die Verbrecherinnen nur in den seltensten Fällen herausfinden. Waren doch nur 3 pCt. unsrer Normalen frei von allen Stigmen, und es gab genug Normale mit gehäuften Zeichen, mit mongoloiden Ge-

[1]) Siehe hierüber das schöne Werk von *Wiedersheim* 218. Aber auch, wo ein Atavismus vorliegen kann, ist noch kein Beweis gebracht, dass im concreten Falle das Stigma atavistisch sein muss!

Digitized by Google

sichtern, die im type criminel ja eine Hauptrolle spielen! *Tarnowski* (201) fand dagegen nur bei 14 pCt. ihrer Normalen (Bäuerinnen) Entartungszeichen, aber bei 87 pCt. der Huren und 97 pCt. der Diebinnen; *Richter* (159) fand 12 pCt. der geisteskranken Männer davon frei, *Knecht* (75) 20 pCt. der irren Verbrecher und 52 pCt. der sonstigen Gefangenen; *Metzger* (133) wiederum fand 49 pCt. der Schulkinder mit Veranlagungszeichen (die erblich Belasteten darunter mit 83,5 pCt.) und bei Geisteskranken 93 pCt. Man sieht schon daraus, wie verschieden die Zahlen der einzelnen Untersucher sind, wie verschieden deshalb auch ihre Meinung über den Werth der Degenerationszeichen sein wird. *Metzger* hat die verschiedenen Ideen hierüber gut zusammengefasst; von den Einen übertrieben hochgeschätzt, wurden sie von den Andern eher unterschätzt.

Aus meinen Untersuchungen erschliesse ich, dass diesen sog. Entartungszeichen nur ein relativ geringer Werth beizumessen ist, namentlich wenn nur einzeln vorhanden, wie es immer mehr anerkannt wird; selten geht ihre Zahl oder ihre Schwere parallel mit der Schwere der Geisteskrankheit oder des Verbrechens. Sie können daher nur in zweifelhaften Fällen die Diagnose stützen helfen, besonders, wenn sie an mehreren Organen gleichzeitig vorkommen.

Es ist klar, wie *Jelgersma* (223) richtig bemerkt, dass einer Molecular-Veränderung der Hirnsubstanz gewisse Abweichungen in der Anatomie und Physiologie einzelner Organe oder Körpertheile entsprechen werden, nur dass wir erstere nicht nachweisen können und auch die letzteren unsrer Aufmerksamkeit oft entgehen mögen. Es ist ungefähr dasselbe, wenn *Knecht* die Stigmata als Ausdruck einer „neuropathischen Disposition“ hinstellt oder *Arndt* (75) die Dystrophieen (A-Hypo-Paraplasieen) durch trophische Störung als Grund einer anomalen Nervenerregung ansieht. Dann bedeutet aber die weite Ausbreitung der Degenerationszeichen, auch unter den Normalen, nichts Anderes, als dass die „Molecular-Veränderungen“ im Gehirn ausserordentlich ausgebreitet sind, wodurch dieselben natürlich an Werth verlieren müssen, zumal wir keinen „Idealmenschen“ kennen, um Abweichungen von diesem Typus als „Dystrophieen“ etc. bezeichnen zu können. Viele „Degenerationszeichen“ sind nur „ästhetische“, wie wir sahen, ohne scheinbar

Digitized by Google

functionelle Bedeutung, mögen sie immerhin vererbbare Dystrophieen darstellen. Viel wichtiger für die Beurtheilung der Molecular-Structur und -Physiologie der Nervenmasse sind aber die Neurosen, auch viele andre vererbbare Krankheiten (Phthise, Tabes etc.), die jedoch, wie wir sagten, nicht ohne weiteres den „sogenannten Entartungszeichen" zuzuzählen sind, sondern wirkliche Krankheiten darstellen.

Es fragt sich nun, warum diese Stigmata bei Irren und Verbrechern häufiger, als sonst, auftreten. Hier ist besonders der Rhachitismus, der in den untern Schichten, woraus jene besonders gern sich recrutiren, grassirt, zu beschuldigen. Das sociale Elend, die schlechte Hygieine und Kost, die gerade im Volke so verheerende Trunksucht, Lues und andre Momente erzeugen oft genug eine elende Generation und müssen schon den Keim schädigen. Dieselben Ursachen erzeugen aber auch gern schwächliche Frauen mit qualitativ und quantitativ ungenügender Milch, vor Allem aber häufig mit engem Becken, wodurch schwere Geburten veranlasst werden und das Gehirn des Kindes nachtheilig beeinflusst wird. Wirken nun auch später auf das Kind obige Momente ein, so wird sich die Ernährungsstörung nur noch steigern, und es ist kein Wunder, wenn allerlei rhachitische, skrofulöse Erscheinungen im Körper und allerlei Kinderkrankheiten, die Körper und Geist schädigen, auftreten; dass diese letzteren gerade in den untern Schichten am häufigsten sind, ist nicht zu bezweifeln.

Viele der sogenannten Degenerationszeichen sind also in letzter Instanz nur social bedingt. Hierfür liefert nach *Meynert* (128) das rhachitisch bedingte „Arbeitsbein" bei den englischen Fabrikarbeitern ein vortreffliches Beispiel; dieses pflanzte sich mit andern rhachitischen Zeichen von Generation zu Generation fort, verschwand aber im Verlaufe von 25 Jahren fast vollständig, als seit 1831 die hygieinischen Verhältnisse der Arbeiterbevölkerung, dank den Bemühungen der Fabrikinspectoren, bessere wurden.

Dass nun wiederum bei den Gewohnheitsverbrechern noch mehr krankhafte Residuen sich zeigen müssen, als bei Irren, ist verständlich, weil jene meist der Hefe des Volkes selbst entstammen, wo die schlechteste Hygieine und verkehrteste Lebensweise herrscht, oft genug auch Liederlichkeit aller Art und Trunksucht, was bei den Irren, selbst niedrer Stände, doch seltner zutrifft.

Digitized by Google

Aber auch Normale, selbst die upper ten thousands, entgehen schwer den Einflüssen der Rhachitis, besonders in den grossen Städten mit den vielfach fehlerhaften hygieinischen Verhältnissen, der oft schlechten Luft und unregelmässigen Nahrungsweise, der angestrengten Anspannung von Körper und Geist im Kampfe ums Dasein, nicht wenig auch durch eigne Schuld, Liederlichkeit etc., abgesehen von der Inzucht bei Adligen, Juden, Bauern etc. Im Ganzen leben aber doch die bessern Stände rationeller, daher sind hier sicher auch die Entartungszeichen seltner anzutreffen[1]); dazu kommt noch weiter, dass wahrscheinlich hier im Allgemeinen weniger erbliche Belastung vorliegt, also weniger erbliche Hemmungsbildungen, Neurosen etc. übertragen werden, kurz Dinge, die auch oft zu den Stigmatibus gerechnet werden.

Wie nun schon unsre bisherigen Erörterungen keinerlei Anhalt für einen „Verbrechertypus" boten, so konnte ich auch an 12 Schädeln von Verbrecherinnen, die ich genau untersuchte, nichts Charakteristisches finden, namentlich fast nichts von dem, was *Lombroso* dafür ausgiebt; sie zeigten dieselben, vielfach rhachitischen, Veränderungen, wie bei Irren und vielen Normalen. Das Nähere hierüber berichtete ich schon kurz in d. Ztschr. Bd. 47, S. 680. Weiter detaillirt im Arch. f. Psych. u. Nrvh.

Noch war es aber immerhin möglich, dass biologische Unterschiede bei den Verbrecherinnen κατ ἐξοχήν sich zeigten.

Bezüglich der erblichen Belastung sahen wir schon früher, dass dieselbe bei unsern Criminellen mit 50—60 pCt. nicht zu hoch gegriffen sein dürfte, dass diese derjenigen bei Irren nahesteht und höher, als bei Normalen war, welche gleichwohl 23 pCt. als Minimum darboten. *Marro* (*H. Ellis* 233) fand sogar 77 resp. 90 pCt. erbliche Belastung bei Verbrechern. Dieselben belastenden

---

[1]) Leider giebt es hierüber noch wenig exacte Untersuchungen. *Tarnowski* (201) fand nur bei 2 pCt. der gebildeten Frauen Degenerationszeichen vor, bei Bäuerinnen 14 pCt. Die 2 pCt. unter den Gebildeten dürften im Allgemeinen aber viel zu niedrig gegriffen sein, wie unsere Untersuchungen an den Normalen niederer Stände beweisen. Dabei nicht zu vergessen, dass gewisse Rasseneigenthümlichkeiten z. B. Mongolengesicht, vorspringende arcus superciliares, Henkelohren bei uns als Degenerationszeichen ausgelegt werden, was die Werthschätzung derselben natürlich stark beeinträchtigen muss.

Digitized by Google

Momente traten ferner bei allen unsern 4 Kategorien auf, wenn auch gewiss nicht in demselben Procentsatze, da bei den Verbrechern Trunksucht, Lues und verbrecherisches Leben in der Ascendenz gewiss häufiger als sonst sich zeigen.

Wichtig erscheint ferner die Zahl der unehelich Geborenen und der unehelichen Geburten. Schon bei den niedren Ständen ist dies nichts Ungewöhnliches, und für Sachsen kann man mindestens 10 pCt.[1]) uneheliche Geburten annehmen, die vorwiegend auf die untern Stände fallen. Unter 600 unbescholtenen Geisteskranken in Hubertusburg waren 65 unehelich geboren und 60 hatten uneheliche Kinder; sie verhalten sich hierin also ähnlich den Normalen der untern Classen, denen sie selbst meist angehörten.

Unter den Vorbestraften waren 2 unehelich geborne = 4,5 pCt. und 13½ pCt. hatten uneheliche Kinder; diese Zahlen steigen aber beträchtlich bei den Verbrecherinnen: 17 pCt. waren unehelich geboren und 34 pCt. hatten uneheliche Kinder, und dabei sind sicher diese Zahlen noch viel zu niedrig! Ueberall wird die hohe Zahl der unehelich Geborenen unter den Verbrechern, Vagabunden und Huren betont, so von *Moeli* (138), *Kirn* (71), *Sichart* (186) und *Michler* (134) macht darauf aufmerksam, dass unter Unehelichen die Criminalität eine grössere ist als sonst[2]).

Dies Verhalten illustrirt genugsam die Führung der Züchtlinge, welche (bei 45 Personen) als „schlecht" bei 95,6 pCt. be-

---

[1]) Unsere Wärterinnen in Hubertusburg hatten 21½ pCt. uneheliche Kinder, was aber daher kommt, dass Solche mit Anhängsel sich mit Vorliebe hieher melden, weil sie als Wärterinnen mehr als draussen verdienen. Nach einer Notiz in *Eulenburg*'s Real-Encyclopädie d. ges. Heilk. 1. Aufl. Bd. 6 p. 258, ist die Zahl der Unehelichen in Deutschland im Allgemeinen 5—10 pCt. aller Geborenen, in grossen Städten bis auf 20—30 pCt. steigend. 1890 waren im Königr. Sachsen unter 100 Geborenen 12,26 Uneheliche. Der wunderliche *Ammon* schiebt natürlich die Zunahme der unehelichen Geburten auf das immermehr um sich greifende Verdrängen der dolichocephalen Arier durch brachycephale Elemente.

[2]) Ob sich die oft behauptete grössere Fruchtbarkeit der Criminellen auch an unserem Materiale zeigt, konnte ich nicht eruiren, doch schien es mir nicht der Fall zu sein. Ob ferner die grössere Lebensdauer ihnen mit Recht zukommt, weiss ich ebensowenig, wie mir das Alter der Eltern bei der Zeugung der betreffenden Personen unbekannt blieb, ein Factor, dem bekanntlich viel Werth beigelegt wird.

Digitized by Google

zeichnet ist, während dies bei 37 Vorbestraften in 60 pCt. der Fall war.

Luetisch waren endlich 13,2 pCt. unter den Verbrecherinnen und ebensoviele unter 45 Vorbestraften. Auf die Häufigkeit der Lues bei den Huren ward schon früher hingewiesen.

Unter solchen Umständen wird man mit Recht annehmen, dass auch die Erziehung meist eine recht traurige war. In der That wurden unter 29 Züchtlinginnen — bei den übrigen war hierüber nichts vermerkt — 79,3 pCt. als „schlecht erzogen“ oder „verwahrlost“ angegeben, unter den Vorbestraften (nur 14 Angaben!) 57 pCt.; das ist auch leicht erklärlich. Viele sind uneheliche Kinder und werden oft recht zweifelhaften Familien zur Pflege übergeben oder in einer Besserungsanstalt erzogen, wo sie nur zu oft mit lasterhaften Kindern zusammentreffen und häufig nur Schlechtes lernen. Aber auch in der eignen Familie[1]) haben sie meist nur traurige Vorbilder und ein trübes, gemüthloses Familienleben, werden frühzeitig mit Excessen aller Art bekannt gemacht, besuchen oft unregelmässig die Schule und wachsen oft genug wie Wilde auf. Dies trifft auch bei nicht Wenigen unter den Vorbestraften zu, während bei den gewöhnlichen Irren, selbst der unteren Stände, die bezüglichen Verhältnisse doch meist günstiger liegen, ein solideres Familienleben herrscht und die Schule regelmässiger besucht wird. Freilich existirt gerade in weiten Volksschichten eine werkwürdige Toleranz gegen uneheliche Schwängerungen, und

[1]) Wenn Verbrecher häufig verbrecherische Kinder erzeugen (die berüchtigte Yukes-Familie!) und in Elmira die Familie mit 51,8 pCt. Verbrechern als schlecht bezeichnet wurde, so spricht diese Meinung noch nicht für Vererbung der Verbrechen, sondern neben ererbter Anlage (aber nicht zum Verbrechen!) für Wirkung der Verhältnisse. *Kurella* (schriftlich) konnte einzelne Gaunerfamilien von 1850—1880 verfolgen. Sehr wichtig zur Nachprüfung ist dessen Mittheilung, dass in den Waisenhäusern von vornherein bei gleichem „Milieu“ die Zuchthäusler „Kinder durch gewisse Streiche sich abheben“. Sollte dies Regel sein, so müsste ich allerdings in diesen Fällen ein Ueberwiegen der Individuellen über den Einfluss des „milieu social“ zugeben. *Kurella* polemisirt überhaupt sehr gegen den überwiegenden Einfluss des letzteren und stellt die Individualität in den Vordergrund, wie er auch die sociologische Auffassung des Verbrechens nicht gelten lässt. In unseren Fällen waren Verbrechen in der Familie nur selten erwähnt, nicht zu verwundern bei der Mangelhaftigkeit der Personal-Erhebungen.

Digitized by Google

fast scheint es in gewissen Gegenden zum guten Ton zu gehören, ein uneheliches Kind zu haben; dies bedingt aber noch keineswegs die eigentlich schlechte Führung, und solide Erziehung ist damit wohl vereinbar.

Diese Verwahrlosung der Erziehung zeigt sich aber auch deutlich im Charakter. Schon in den Kinderjahren sahen wir bei Gewohnheitsverbrechern sehr häufig Lügenhaftigkeit, Grausamkeit, Müssiggang, Naschhaftigkeit, Neid, Durchtriebenheit etc. auftreten; kurz alles, was schon am normalen Kinde[1]) so oft als Parasitäres existirt, aber später durch erziehliche Einflüsse verschwindet, persistirt hier und wird, weil jede Hemmung fehlt, immer schlimmer. Immer mehr tritt der nackte Egoismus, das parasitäre Wesen hervor, besonders auf dem Boden eines defecten Gehirns. Bei organischer Grundlage und erblicher Belastung können die Züge einer moral insanity — die ich natürlich mit den Meisten nicht als eine Krankheit per se, sondern nur als eine Spielart des angebornen (eventuell auch erworbnen) Schwachsinns auf intellectuell-ethischem Gebiete auffasse — immer deutlicher in den Vordergrund treten. Mein und Dein wird gern verwechselt (*Lunier* 114), die Gefühle und Rechte Dritter mit Füssen getreten, das Recht nur für die eigne Person in Anspruch genommen, zeitiger Geschlechtstrieb, Thierquälerei zeigen sich etc. Alle Hemmung der bulbären Reize, der niedern Triebe durch den Cortex, damit die Entwickelung des secundären Ich's, ist mehr weniger verkümmert, und dies um so mehr, als die Intelligenz, welche bei Erlangung altruistischer Gefühle mit thätig ist, bei den meisten Gewohnheitsverbrechern defect sich zeigt; so wird die Bildung ethischer Gefühle, ästhetischer Urtheile etc. unmöglich gemacht oder doch sehr erschwert.

Unter 49 Criminellen, wo näheres bekannt wurde, finden wir nämlich den Verstand als „schlecht" bei 29 = 59,2 pCt. und nur bei 2 als „sehr gut" bezeichnet, unter 37 Vorbestraften bei 18 = 48,6 pCt. als „schlecht" oder „angeblich schlecht" vermerkt. ***Maudsley*** (119) fand gar 90 pCt. unter den Verbrechern mit ge-

[1]) Entgegen den Behauptungen *Knecht*'s (74) und *Kirn*'s (237) etc. muss ich doch *Lombroso* und Andern Recht geben, wenn sie Züge von moral insanity und verbrecherische Neigungen (im Keime allerdings nur) beim Kinde überhaupt finden.

Digitized by Google

ringen Verstandeskräften! Vergleichen wir damit Irre und Normale, so waren z. B. unter 100 geisteskranken Frauen (mit Ausschluss Imbeciller und Idioten) 18 wenig oder schlecht befähigt und von 155 Pflegerinnen und Wärterinnen wurden 15 als „beschränkt" angegeben, also Zahlen, die weit hinter den oben angeführten zurückstehen, mögen auch die Ausdrücke „schlecht und gut befähigt" noch so sehr subjectiv sein und letzteres um so mehr, als sie von verschiednen Beobachtern herrühren.

Diese durchschnittlich geringere Intelligenz[1]) — schon äusserlich und gewiss nicht blos zufällig, durch kleineren Schädelinhalt und kleineren Vorderkopf angedeutet, wie wir früher sahen — ist wohl meist angeboren und zwar direct ererbt oder durch Ernährungsstörungen in utero entstanden, z. T. aber auch erst später durch die bei dieser Klasse wahrscheinlich häufiger als sonst auftretende grössere Morbidität oder durch Potus, liederliches Leben etc. entstanden, welche Momente selbstverständlich auch eine angeborne Anlage noch verschärfen müssen.

Bezüglich des allgemeinen Charakters der erwachsenen Gewohnheitsverbrecherinnen — Eigenschaften ihres kindlichen Alters wurden kurz vorher berührt — war schon in einem frühern Abschnitte das Nöthige mitgetheilt. Wir sahen, wie vorherrschend die Reizbarkeit in allen diversen Formen bei ihnen ist und sich in gemeinem Schimpfen, Zerstören, Losschlagen Luft macht, ferner das impulsive Wesen, die überaus häufige Faulheit, Eitelkeit, Stumpfheit des ethischen Gefühls, Neigung zu stehlen, lügen, simuliren, intriguiren, hetzen, Flucht- und Selbstmordversuche zu insceniren, sich aneinanderzuketten, um gegen alle Ordnung sich aufzulehnen etc., wofür wir durch verschiedene Zahlenreihen sogar einen concreten Ausdruck fanden[2]).

[1]) Diese bedingt, meiner Ansicht nach, aber stets zugleich eine geringere Entwickelung der Moral, somit Anklänge (Keime) von sog. Moral insanity, da Intelligenz und Moral eng mit einander verknüpft sind. — Wo das Gehirn defect ist und erbliche Belastung besteht, könnte man auch von „Degenerirten" reden, trotzdem der Ausdruck Degeneration kein recht klarer ist und man neben einer angeborenen auch eine erworbene aufstellen muss.

[2]) Seciell sei eben betont, dass so manche dieser unangenehmen Eigenschaften „Kunstprodukte" des Zuchthauses sind und die Nachahmung in den Strafhäusern sicher oft hierbei auch eine Rolle spielt.

Digitized by Google

Betont aber ward damals schon, dass an sich alle diese üblen Eigenschaften nichts Charakteristisches tragen, dass manche Verbrecher davon mehr weniger frei und viele unbescholtene Geisteskranke vorhanden sind, die gleichen oder ähnlichen Charakter zeigen, ja schon im gewöhnlichen Leben Uebergänge genug dazu sich finden, so dass nur Gradunterschiede bestehen und wir nicht berechtigt sind einen „Verbrechercharakter" zu constatiren, am allerwenigsten würde dies von den Affectverbrechern zu gelten haben.

Gar noch, wie *Lombroso*, auch in seinen neuesten Werken, mit grosser Emphase verkündet, das Verbrecherthum als auf epileptischen Basis beruhend hinzustellen, muss als grober Unfug bezeichnet werden. Hat schon die Lehre der sogenannten epileptischen Aequivalente grossen Schaden gestiftet, so ist die neue Lehre des Italieners geradezu zersetzend und verflüchtigt den Begriff der Epilepsie in ein Nichts.

Aber *Lombroso* und Anhang begnügen sich nicht nur damit aus dem Verbrecher eine Species per se zu machen — der Unsinn geht so weit, sogar aus Harnbestandtheilen den gebornen Verbrecher erkennen zu wollen! — sondern es sollen auch die einzelnen Verbrecherklassen distincte körperliche und geistige Unterschiede[1]) aufweisen. Hier hat ihm nun die Phantasie übel mitgespielt! Selbst bei genauestem Zusehen haben wir im Charakter unsrer Gewohnheitsverbrecherinnen nichts Besonderes für die einzelnen Arten der Hauptdelicte finden können, ebensowenig wie in der Handschrift oder dem Gange, die sich von dem Verhalten bei gewöhnlichen Geisteskranken mit derselben Psychose nicht unterschieden, so dass diese nicht einmal für das Verbrecherthum im Allgemeinen charakteristisch waren. Auch die berühmte „Verbrecherphysiognomie"[2]), insbesondere die Art des Blickes, fehlte fast überall,

[1]) Biologische Unterschiede unter Räubern, pickpockets, Pferdedieben etc. behauptete übrigens auch *Benedikt* (230) und auf dem 3. internationalen Congresse für criminelle Anthropologie zu Brüssel 1892, womit bei uns wenigstens wohl nur Wenige sich einverstanden erklären werden.

[2]) Auch charakteristische Runzeln im Gesichte konnte ich nicht entdecken; die jungen Verbrecherinnen sahen im allgemeinen nicht gealtert aus. Ebensowenig gab es Herzkrankheiten oder andere häufige Leiden; nur Phthise war häufig, wie sehr natürlich.

Digitized by Google

häufiger dagegen fand sich blasse Hautfarbe, durch schlechte Ernährung draussen oder durch lange Haft bedingt.

Aber auch physiologische Unterschiede sollen bei Verbrechern den Ehrlichen gegenüber nach *Lombroso* zahlreich bestehen. Auch diesem widersprechen unsre Erfahrungen. Gröbere Störungen der Sensibilität, der Vasomotoren, der Sinnesorgane zeigten sich bei unserem Materiale nicht; feinere Untersuchungen wurden allerdings nicht gemacht, diese haben aber gerade auf diesem schwierigen Gebiete wenig Sinn, da die Sensibilität aller Organe bekanntermaassen nicht nur bei den einzelnen Individuen verschieden ist, sondern bei Jedem, durch verschiedne Umstände bedingt, schwankt, in den unteren Klassen überhaupt geringer ist, als in den höhern Klassen, und Unaufmerksamkeit, Flatterhaftigkeit, die wir gerade bei den Verbrechern so oft antreffen, eine grosse Rolle spielen, ganz abgesehen von eventuellem Vorlügen. Alle dergleichen Untersuchungen sind also nur mit der grössten Vorsicht aufzunehmen und haben bei geringen und inconstanten Unterschieden wenig reellen Werth!

Manche unsrer Verbrecherinnen waren sogar gegen Schmerzen recht empfindlich, und die meisten hörten und sahen vortrefflich, so dass sie auch hierin sich von den andern Irren nicht unterschieden. Dass die Linkshändigkeit nicht vertreten war, habe ich schon früher angeführt.

Aber auch bei geisteskranken Männern habe ich im Allgemeinen dasselbe erfahren, so dass man nicht erwidern kann, dass ich nur Frauen gesehen hätte. Mögen auch Männer in Verschiedenem sich von Frauen unterscheiden, so dürfte der Unterschied doch jedenfalls kein durchschlagender sein, um einen eignen Verbrechertypus aufzustellen. Dass Rassenunterschiede endlich bestehen mögen, will ich nicht leugnen, wie *Lombroso*'s Mittheilungen an italienischen Verbrechern, die sich freilich oft genug wegen des heterogenen Materials widersprechen, zu beweisen scheinen; doch darf *Lombroso* seine Resultate nicht so verallgemeinern, wie er es gethan hat, zumal dieselben z. Th. sehr anfechtbar und verschiedner Interpretation fähig sind.

Fassen wir nun zum Schlusse dieses Abschnitts unsre Ergebnisse in einen Satz zusammen, so müssen wir sagen: es giebt weder einen anatomischen noch physiologischen Ver-

Digitized by Google

brechertypus. Der Begriff des „gebornen Verbrechers", der bereits 1889 auf dem internationalen criminellen Anthropologen-Congresse zu Paris sehr ins Schwanken gerathen war, ist auf dem 3. Congresse zu Brüssel 1892 gänzlich aufgegeben worden und es fand sich dafür auch nicht ein einziger Vertheidiger; in den Rapports hatte *Houzé* [223][1]) nochmals *Lombroso* energisch angegriffen.

Wir sehen nur, dass bei den Verbrecherinnen (resp. Verbrechern) die meisten „Degenerationszeichen" und gewöhnlich combinirt, vorkommen, doch durchaus nicht den Normalen gegenüber in so überwältigendem Uebergewicht und durchaus nicht irgendwie charakteristisch gruppirt; fand ja selbst *Lombroso* seinen Verbrechertypus nur in 40 pCt. der Verbrecher!

Dass es überhaupt Unsinn ist für einen sociologischen, conventionellen Ausdruck, wie Verbrechen, anthropologische Charaktere aufzustellen, ward schon gleich Eingangs dieser Arbeit auseinandergesetzt. Warum aber gerade bei denen, die wir „Verbrecher" nennen die „Entartungszeichen" und damit eventuell hässliche Gesichter[2]) sich häufen müssen, sahen wir bereits; sie sind meist pathologische Producte, wie sie die Misère der untern Schichten so mannichfaltig züchtet. Dass dieser, zum grossen Theile auch geistig zurückgebliebene Absatz der menschlichen Gesellschaft — le rebut de la société — mit grösserer oder geringerer Nothwendigkeit in Conflict mit dem Strafgesetze gerathen muss, deuteten wir schon an und werden es alsbald noch weiter ausführen.

Was soll man aber erst dazu sagen, dass *Lombroso* immer wieder — mit einigen Schwankungen allerdings — den Verbrecher auf Atavismus[3]), im engern und weitern Sinne zurückführt? Ueberall

[1]) „Comment M. *Lombroso* — so ruft er aus — a-t-il procédé? Il a pris pêle-mêle les données anatomiques, pathologiques, physiologiques et tératologiques et il a fait avec tous ces éléments disparates le fameux arlequin connu sous le nom de type criminel-né.

[2]) Eine solche Collection von Galgengesichtern übrigens, wie *H. Ellis* (233) in seinem Buche abbildet, dürfte gewiss nur Ausnahme sein; gerade seine Composit-Photographien sprechen dafür. Auch ist über Begriffe, wie „schön" und „hässlich" nicht zu rechten. Finden uns doch z. B. die Chinesen unausstehlich!

[3]) Den Unterschied zwischen Atavismus und Degenerescenz weist scharf *Benedikt* (230) nach, nicht weniger als neuerdings *Virchow* (265), der auch den Begriff der Erblichkeit einer scharfen Kritik unterzog.

Digitized by Google

findet er körperliche und geistige Aehnlichkeiten mit den Wilden, und das ist grundfalsch. Das, was wir „Wilde“ nennen, giebt es durchaus nicht im eigentlichen Sinne. Mögen auch sehr hässliche Gesichter darunter existiren, so giebt es doch auch sehr schöne, die gewiss kaum mehr Stigmata aufweisen als wir, abgesehen davon, dass trotz zahlreicher Schädel-Untersuchungen barbarischer Völker dieselben doch noch unzureichend sind, um weitgehende Schlüsse bezüglich der Inferiorität zu gestatten. Denn Mongolen z. B. als tiefer stehend wie wir zu betrachten, dürfte in Ansehung der Chinesen und Japaner doch sehr gewagt erscheinen. Vor Allem aber ist der geistige Factor in Betracht zu ziehen. Wenn frühere Reisende sagten, es gäbe Völker ohne Religion, so ist dies längst widerlegt; Alle haben gewisse religiöse Ideen und moralische Begriffe, mögen dieselben noch so sehr von den unsrigen abweichen. Ihre Sprachen zeigen z. Th. grosse Feinheiten[1]), und die Grammatiken der Papuas, Hottentotten und mancher Negerstämme sollen ebenso complicirt als interessant sein. „Wilde“ im eigentlichen Sinne des Wortes giebt es also nicht, folglich darf man auch nicht vom Atavismus[2]), im weitern Sinne, reden.

Falsch auch ist es zu glauben — *Lombroso* macht nämlich auf die Aehnlichkeit der Gesichter bei den Verbrechern und zwar eine internationale[3]), aufmerksam und verweist hierbei auf die Wilden — dass bei den niedern Völkern die einzelnen Individuen einander mehr weniger gleichen. Das erscheint nur oberflächlichen Beobachtern so. Jeder, der längere Zeit mit Negern etc. verkehrte, ist überrascht über die Mannichfaltigkeit der einzelnen Gesichter, ebenso auch bei den Frauen, und ich möchte nicht einmal den Satz unterschreiben, dass mit der Cultur der Unterschied zwischen Mann und Frau immer grösser werde; es ist wohl mehr Sache der Rasse

[1]) Haben doch z. B. die tief verachteten Botokuden ein eignes Wort für „Schamröthe“! Die Papuas lernen die englische Sprache leicht, sogar den englischen Accent, auch schreiben und lesen.

[2]) *Lutz* (115) weist mit scharfen Worten diesen Unsinn zurück, dem leider auch der sonst so gediegene *H. Ellis* (233) huldigt.

[3]) Auch mit der „internationalen“ Aehnlichkeit der Verbrecher hapert es sehr. Man sehe die englischen Verbrechergesichter bei *H. Ellis* (235) an, daneben die italienischen Banditen etc. und man wird doch meist den Engländer, Italiener etc. herauserkennen.

Digitized by Google

(Mongolen) und der Kreuzung; die Cultur kann nur indirect wirksam sein.

Verwerfen wir nun den „Verbrechertypus", so ist es dagegen annehmbarer, mit *Tarde* (229) nicht von einem „type criminel", sondern von einem „type professionel" zu sprechen und den „homme délinquant" in Parallele zum „homme savant, religieux, artiste" etc. zu setzen, obgleich auch dagegen Verschiedenes einzuwenden wäre. Es ist ja bekannt genug, dass einzelne Berufsklassen gewisse Characteristica gemeinsam haben und die interessanten *Galton*'schen Composit-Photographien scheinen dies zu beweisen, doch dies betrifft wohl mehr gewisse Aeusserlichkeiten in Habitus, Gang, Ausdrucksweisen etc., wie sie meist durch Nachahmung entstehen; ob wirklich, wie *Tarde* glauben möchte, auch durchgreifende anatomische Gemeinsamkeiten vorliegen, ist mir doch sehr zweifelhaft. Auf dieser Anschauung fussend wäre es wohl möglich, wie *Benedikt* behauptet, dass auch unter den Verbrechern selbst gewisse Specialitäten, wie Räuber, Pferdediebe, Pickpockets etc. gemeinsame Züge tragen, die aber kaum biologisch tief einschneidend sein dürften, sondern mehr Aeusserlichkeiten betreffen und höchstens nur in grossen Centren, wo die Nachahmung und der „Virtuosenkitzel" am meisten wirken, beobachtet werden.

Ist nun aber der Verbrecher ein Kranker, wie *Lombroso* will, speciell ein Irrsinniger, wie schon *Plato* sagte, oder liegt darin nur ein Theil der Wahrheit?

Nach den vorzüglichen Darlegungen *Sander*'s, *Moeli*'s und Anderer über das Verhältniss zwischen Verbrechen und Geisteskrankheit ist Neues kaum noch beizubringen, und auch die Psychologie der Verbrecher hat bereits einen hohen Grad von Feinheit erreicht, besonders durch *Lombroso*, *v. Krafft-Ebing* (89), den genialen *Benedikt* (8, 9, 224, 230, 243, 248, 249), *Dallemagne* (223), *Kirn* (68, 237) und Andere.

Die Verwandtschaft von Verbrechen und Wahnsinn (im weiteren Sinne!) ist keine nur äusserliche, dass beide sich in Familien quasi substituiren können, sondern viel mehr eine innerliche. Beide wurzeln in einer gemeinsamen Anlage, mag diese nun

Digitized by Google

anatomische[1]) Veränderung der Nervenfaser (*Arndt*) oder abnormer Chemismus derselben oder beides zugleich sein.

Diese minderwerthige Anlage nun — und nur diese, nicht das Verbrechen oder der Wahnsinn an sich — wird schon bei der Zeugung von der einen oder anderen oder beiden Seiten dem Keime mit auf den Weg gegeben, was einzig und allein die eigentlich erbliche Belastung darstellt. An sich wird aber nur in den seltensten Fällen dieselbe genügen, aus sich heraus den „Verbrecher" oder „Geisteskranken" als Progression der Minderwerthigkeit zu entwickeln. Das sind dann die gewiss sehr seltenen Fälle der „geborenen Verbrecher" im Sinne *Lombroso*'s, die sich meiner Ansicht nach mit den höheren Graden der (angeborenen) moral insanity völlig decken, was auch *Jelgersma* (223) hervorhebt.

Meist muss zu der angeborenen, individuellen Anlage zum Ausbruche von Psychose im engern Sinne, oder „Verbrecherthum" noch ein zweites hinzutreten, und das sind die socialen Verhältnisse[2]), die als determinirende Ursachen gelten müssen. Bleiben diese aus, so kann der Mensch sein Leben äusserlich ohne abnorme Symptome dahin-

---

[1]) Nach *Verworn* (die physiologische Bedeutung des Zellkerns. Archiv f. Phys. 51, 1 u. 2, 1891. Ref. in *Schmidt*'s Jahrb. 3, 92) wird die charakteristische Formeigenthümlichkeit als solche nicht vererbt, sondern nur der Stoffwechsel, aus welchem jene erst hervorgeht, und das scheint mir das einzig Richtige zu sein. Dies allein erklärt z. B. die Unähnlichkeit bei Geschwistern, da der Stoffwechsel der Erzeuger ein oft schwankender ist.

[2]) Diese spielen auch bei den „Volksdegenerationen" sicher die Hauptrolle. Weniger war es die Vermischung mit andern Rassen, welche die Römer und viele andere Völker immer tiefer „degenerirte" und schliesslich zu Fall brachte, als der Zusammenfluss der heterogensten Culturen, welche ganz neue und ungünstigere sociale Verhältnisse schuf und damit die Begriffe der Moral immer mehr verwirren musste. Aehnliches sehen wir auch z. B. in der neuen Welt, wo die Vermischung der Spanier mit Indianern eine Verschlechterung der Europäer in Blut und Sitten erzeugte. Ebenso dürfte die hohe Zahl der Mordthaten im Süden vorwiegend der Culturstufe, also wieder dem milieu social ihr Dasein verdanken, wie *Garofalo* und *Tarde* (229) richtig bemerken. — Der Einfluss desselben auf das Irresein speciell ist bekannt genug, vielleicht aber von *Savage* (170) am eingehendsten behandelt worden. — Uebrigens hat *Lombroso* nie vergessen auch auf die Wichtigkeit des milieu social aufmerksam zu machen, ungleich bei ihm das Individuelle, Anthropologische vorwiegt.

Digitized by Google

bringen; er stellt dann eventuell den „latenten" Verbrecher *Lombroso's* dar; der Zufall wird es also mehr weniger entscheiden, ob der moralische oder physische Bankerott eintreten wird.

Immer mehr und mehr wird der sociale Factor in seiner Bedeutung anerkannt, und die ganze neue sociologische Schule unter den Juristen baut vorwiegend darauf ihre Deductionen. Alle grossen Criminalisten, wie *Tarde*, *von Liszt*, *Prins*, *van Hamel*[1]) sind von dieser Wahrheit tief durchdrungen.

Wenn wir bedenken, wie sehr in heutiger Zeit der Keim schon durch depravirende Momente aller Art, welche auf Eltern und Vorfahren einwirkten, in den breitesten Volksschichten und nicht bloss in den unteren, mehr weniger deteriorirt ist, so erscheint bei dieser weitverbreiteten Anlage nur das Eine wunderbar, dass es nicht noch mehr Verbrechen, Irrsinn oder Neurosen giebt, zumal der occasionellen Ursachen zum Ausbruche so viele vorhanden sind. Als Ausdruck derselben müssen wir auch die vielen Eigenthümlichkeiten so vieler Normalen betrachten, die den Ausspruch: „Es hat jeder einen Span zu viel" aufkommen liessen; ähnlich, nur kräftiger drückt sich *Seneca* und feiner *Anzengruber*[2]) aus. Die latente Anlage ist also so weit verbreitet, dass Niemand dagegen gefeit ist, durch stark einwirkende Ursachen Verbrecher oder geisteskrank zu werden.

Bei individueller Disposition giebt es nun das Verbrechen fördernde und hemmende Momente. Letztere können in einem sorgenfreien Leben, in einem glücklich angelegten Temperamente, in ordentlicher Erziehung, höherer Intelligenz etc. begründet sein, während bei stärkerer Belastung die fördernden Momente nur zu leicht zum Zusammenbruche führen. Die hauptsächlichsten derselben wurden schon früher genannt: Da ist es fehlerhafte Erziehung, schlechtes Vorbild im Elternhause, schlechter Umgang, die tausenderlei Verführungen des Lebens, der immer schwieriger sich gestaltende

---

[1]) Man lese besonders *Tarde* (229), die Rapports (223), *Rosenfeld* (227), *Alimena* (228), *Semal* (230) etc. nach.

[2]) „Das normale Gehirn — Wer hat es denn? Vielleicht nicht Einer der gegenwärtig Lebenden. Der Klügste rast unbewusst — in den Ideen seiner Zeit." (Aphorismen aus dem Nachlasse.)

Digitized by Google

Existenzkampf[1]), die oft unzureichenden Geistesgaben, die häufig ungenügende Ernährung, Krankheiten aller Art etc. Meist sind individuelle und sociale Verhältnisse gleichzeitig zu beschuldigen und oft schwer einzeln zu nennen.

Die Gewohnheitsverbrecher fangen oft schon frühzeitig an, wie wir sahen, „mauvais sujets" zu werden, zu vagabundiren, zu huren, kurz immer mehr und mehr zu depraviren. Doch ist daran festzuhalten, dass ausgeprägte Fälle von angeborener moral insanity — der angeborenen psychopathischen Degeneration *Koch*'s (81, 216) entsprechend — gewiss nur selten sind; ich sah sie nur einige Male; am seltensten aber zeigt sich vollendetes Verbrecherthum schon im Kindesalter, wie *Magnan* (117) beschreibt, oder ausgeprägt perverse Triebe, wie derselbe Autor in seinem „Irresein der Entarteten" so klassisch darstellt. Typen von hoher moral insanity finden wir, wie *Lombroso* mit Recht hervorhebt, prachtvoll in *Dostojewski*'s Roman: „Memoiren aus dem Todtenhause" geschildert. Ebenso bei *Zola, Gogol, Turgenjew.* Das ist meinetwegen der „uomo delinquente", das der „homme canaille, homo vitiosus und criminalis" par excellence (*Benedikt* 9, 243). Wir sagten schon früher, dass die moral insanity kein morbus per se ist, sondern nur eine Spielart des Schwachsinns (*Binswanger* 11)[2]), auf ethischem und intellectuellem Gebiet, wobei mehr das Eine oder Andere überwiegt, doch giebt es sicher Fälle (*Savage* 169), wo die Intelligenz scheinbar — wohl aber immer nur scheinbar! — intact und nur die Moral defect ist. Sehr gut nennt *Neumann* (142) die moral insanity „socialen Schwachsinn"; dieselbe aber mit *Arndt* (2) als „Paranoia laevissima oder inchoata" zu bezeichnen, geht nicht gut an, da sicher Sinnestäuschungen oder Wahnideen in reinen Fällen stets fehlen und auch andere Psychosen als gerade die Verrücktheit sich auf diesem günstigen Boden entwickeln können.

Zweifelsohne giebt es aber unter den Verbrechern und Vagabunden etc. eine Reihe originär Verrückter, diese dürfte man aber wohl kaum ohne Weiteres der Folie morale zurechnen.

[1]) Ein ergreifendes Bild davon entwickelt *Zacharias* in: „Die Bevölkerungs-Frage" etc. Jena 1892.

[2]) Hierzu dürften in der Hauptsache wohl auch die Fälle zählen, die *Kahlbaum* (87) als Heboidophrenie bezeichnet.

Digitized by Google

Bei den Meisten — so auch in unseren Fällen — handelt es sich nur um leichte Grade, Anklänge des ethisch-intellectuellen Schwachsinns. Dieselben genügen aber nachgerade, um sie, besonders bei ungünstigen Verhältnissen, auf Abwege zu bringen; sind sie indolent, so werden sie allerdings schwer dazu kommen, sind sie aber mehr activer Natur, d. h. paart sich ihr Egoismus mit der nöthigen Energie, so werden sie Alles ins Werk setzen, demselben zu fröhnen. Moralische Hemmungen kennen sie ja nicht — selbst die Schulmoral ist nur auswendig gelernt und mit dem Katechismus bald vergessen — vor Allem wirkt aber, wie *Tarde* (223, 229) so schön nachweist, die Nachahmung, das böse Beispiel fascinirend, suggestiv ein, und bei gewissen Specialitäten kommt ferner noch der sogenannte Virtuosenkitzel (*Benedikt*) hinzu, um immer tiefer zu versinken. Dass unter den Gewohnheitsverbrechern aber wirklich viele Obsessionisten d. h. Solche seien, die durch echte Zwangsgedanken (obsessions) Verbrecher geworden sind, wie es namentlich französische Autoren wollen, muss ich sehr bezweifeln, da ich keinen deutschen Autor über Psychosen bei Criminellen etc. kenne, der solcher gedacht hätte. Neuerdings (223) spricht man sogar von suggerirten Verbrechen; in wie weit dies für einzelne Fälle möglich ist, kann nur die Zukunft entscheiden. Dass leichte Abstumpfung des Geistes und Gemüthes bei den Huren sehr häufig ist, zeigen die vortrefflichen Untersuchungen *Tarnowski*'s (201) und Anderer; *Tarnowski* wies ferner auf ihre starke, erbliche Belastung hin; 82,6 pCt. stammten aus Säuferfamilien, sie selbst soffen viel, waren grösstentheils syphilitisch und oft hysterisch, ein Wunder ist es also nicht, dass sie nach *Savage* (169) speciell zu Psychosen disponiren sollen, und der Weg zum Verbrechen ist andererseits geebnet genug. Sehr gewagt ist es aber, die Lohndirne atavistisch als „donna primitiva" mit *Lombroso* (162) hinzustellen, weil die Prostitution bei den Wilden allgemein sei; für ihn „rappresenta la prostituta più delle vere ree il delinquente nato".

Dass auch unter den Vagabunden viel schwachsinniges Volk neben originär Verrückten, Epileptikern, Paranoikern, Neurasthenikern, Alkoholikern etc. sich befindet, ist wohl begründet, und auch unsere Erfahrungen sprechen dafür. Oft ist es schwer, wie *Sommer* (188) und Andere mit Recht sagen, zu entscheiden, ob

Digitized by Google

das Vagabundiren mehr Ursache oder Folge der Psychose oder des Schwachsinns ist. Huren — Vagabunden — und das specielle Verbrecherthum auf der einen, und die Geisteskrankheiten und der angeborene Schwachsinn (allein intellectuell oder auch ethisch) auf der andern Seite stehen also zu einander in einem Circulus vitiosus[1]).

Zum Erzeugen von Irrsein treten aber noch gern, als der schwereren Störung des Nervengleichgewichts, andere Ursachen hinzu, als Traumen, Wochenbett, Infectionskrankheiten etc., obgleich es auch hier gewöhnlich sehr schwer ist, die determinirende Ursache zu finden. Dass natürlich bei Gewohnheitsverbrechern adäquate Ursachen noch eher Irrsinn erzeugen werden, als bei den meisten Andern, darf nicht auffallen, da der Keim hier schon meist schwer belastet war — daher die häufigen Neurosen, besonders die Epilepsie — und im weiteren Leben der Verbrecher sich allerlei das Gehirn schwächenden Einflüssen hingab oder hingeben musste.

So ist es denn erklärlich, dass bei den Criminellen selbst relativ geringe Anlässe, wie sie im Gefängnissleben existiren, hinreichen können, eine Geisteskrankheit auszulösen. Ja es ist eigentlich wunderbar, dass nicht noch mehr erkranken, wofür in einem früheren Abschnitt eine Erklärung versucht wurde. Nichtsdestoweniger erkranken sie häufiger als andere in einem und demselben engen Raume Zusammenlebende, wie z. B. die Soldaten in einer Kaserne oder die Equipage eines Schiffes, eben weil sie schwerer belastet sind.

Wir sahen also, dass minderwerthige Anlage und das „Milieu social" den Menschen zum Verbrecher machen müssen — wobei die grössere Rolle jedenfalls dem letzteren zufällt — und insofern hat ***Moleschott*** (1) nicht Unrecht, die Verbrecher „des malheureux, disgraziati, sciagurati" zu nennen, die unser Mitleid, nicht unsere Verachtung verdienen; ähnlich sprechen sich auch ***Lombroso*** und ***Arndt*** aus und vor ihnen im vorigen Jahrhundert die Encyclopädisten, besonders ***Diderot*** und ***Holbach***, wie auch der philantrope, geniale ***Beccaria***.

[1]) Auf die Eintheilungen der Verbrecher kann hier nicht näher eingegangen werden, zumal dieselben vielfach discutabel sind. Ueber Vagabunden bringt das trefflichste *Benedikt* (249).

Digitized by Google

Weniger gilt dies Bedauern aber denen mit sogenanntem gesundem Gehirn — und deren giebt es nicht Wenige, wenn vielleicht auch nur die Minderheit ausmachend — die also trotz ungünstiger socialer Verhältnisse doch hätten ordentliche Menschen werden können. Ferner ist auch zu bedenken, dass schwere Belastung nicht immer eine schwere Schädigung des Keimes bedingen muss, also dieses Moment nicht überschätzt werden darf, da *Savage* (170) mit Recht bemerkt, dass auch in schwer belasteten Familien nur die Minorität der Descendenz geisteskrank wird, dass endlich, wie schon mehrfach hervorgehoben wurde, *Morel*'s Lehre von der fortschreitenden Degeneration durchaus keine allgemeine Giltigkeit beanspruchen kann. Dies spricht also wieder für die ganz eminente Bedeutung des socialen Factors.

Vorwürfe und Strafe können den Verbrecher aber nur dann treffen, wenn er bei „normalem" Gehirn selbst einem ungünstigen „milieu" gegenüber Widerstand leisten kann, d. h. Willensfreiheit genug dazu besitzt.

Dies führt uns nothwendigerweise zur leidigen, wohl nicht definitiv jemals zum Abschluss kommenden Frage nach dem „freien Willen"[1]) und der Zurechnungsfähigkeit, die wir daher nur möglichst kurz hier berühren wollen.

Ist der Satz *Du Bois-Reymond*'s richtig (*Meynert*, 128), dass der Zustand des Hirns in jedem Augenblicke die unbedingte mechanische Wirkung des Zustandes im vorhergehenden und die Ursache des Zustandes im nächsten Augenblicke ist, — und dies wird wohl kaum ernstlich bestritten werden können, — so kann folgerichtig von einem absolut freien Willen nicht die Rede sein, dies um so weniger, als es kaum ein absolut normales Gehirn geben mag. Es giebt also nur einen relativ freien Willen, — so sehr der Ausdruck eigentlich nonsens ist — wie ja immer mehr von Philosophen (besonders scharf von *Kant* 209, *Drobisch* 30, *Buckle* und *Feuerbach* 130), auch Juristen, und von Aerzten und Naturforschern wohl fast ohne Ausnahme anerkannt wird.

Wir gelangen zu demselben Resultate, wenn wir uns gewisser *Meynert*'scher Anschauungen bedienen.

[1]) Die Geschichte des liberum arbitrium ist vorzüglich bei *Ullersperger* (203) dargestellt; über ethische und moralische Zurechnungsfähigkeit instruirt am besten *Rönne* (167) und besonders ausgezeichnet *Proal* (150).

Digitized by Google

Nichts, weder Eigenschaften, noch Instinkte, weder Gedanken, noch Moral und Gewissen, weder Raum- noch Zeitbegriff ist eingeboren. Die gesammte Nervenmasse ist nur ein empfindliches Organ mit normalem oder abnormem Baue oder Chemismus, vorerst ohne jeden Inhalt, eine unbeschriebene Tafel. Erst durch Einwirkung der verschiedenen Sinneseindrücke baut sich allmälig der wunderbare Begriff des Ichs und der Aussenwelt auf, aus Residuen derselben, den sogenannten Erinnerungsbildern, molecularen Umlagerungen wahrscheinlich in den Ganglienzellen, welche durch unzählige Associationen mit einander zusammenhängen und so die Entstehung der Begriffe und Gedanken unserem Verständnisse näher bringen. Mit Nothwendigkeit und gesetzmässig löst ein äusserer oder innerer Reiz (z. B. eine Vorstellung) andere Associationen aus, die aber nicht immer über der Bewusstseinsschwelle liegen; nur diejenigen Gedanken, diejenigen Verbindungen werden bewusst, deren anatomisches Substrat momentan in functionell hyperämischem Zustand sich befindet (die sog. functionelle nutritive Gewebsattraction *Meynert*'s). Diese bewusste Gruppe von Ideen nun ist es, welche im Einklange oder Widerspruche von Nebenassociationen, aber stets logisch, den Willensimpuls bestimmt, und dieser wird natürlich verschieden ausfallen nach dem Gesammt-Inhalte des Ichs (d. h. nach der Menge der vorhandenen Gedanken überhaupt), speciell aber nach der Masse der gerade im gegebenen Moment zur Disposition stehenden Vorstellungen. Mit dem Alter, der Lebenserfahrung wächst nun unsere Gedankenwelt, unser Wissen, folglich wird stets auch der Wille sich ändern müssen, nie stabil bleiben können. Wir wissen aber weiter, wie sehr unsere Entschliessungen durch allerlei körperliche und geistige Momente variiren. Wenn man Moral und Gewissen bei dem Willen eine so grosse Rolle spielen lässt, so ist Beides eben auch nur ein Theil des Gesammt-Ichs und secundär durch Erziehung, Nachahmung etc. entstanden.

Diese Ableitung des Willens ist natürlich eine Hypothese[1]),

[1]) Wenn *Bunge* (Vitalismus und Mechanismus, Leipzig 1886) von der mechanischen Erklärung psychologischer und physiologischer Thatsachen nichts wissen will, so ist das seine Sache; sein „Vitalismus" wird kaum je durchführbar sein, geradezu falsch aber ist seine Behauptung, dass die Vorgänge in der Aussenwelt mit unserem Empfinden und Vorstellen nicht-

Digitized by Google

aber doch nicht gänzlich aus der Luft gegriffen und gewährt uns sicher mehr Befriedigung, als die gewöhnlichen philosophischen Darlegungen. Nicht ganz überflüssig dürfte es sein, hier kurz Einiges über Hypothesen im Allgemeinen einzuschalten. Zu behaupten, es sei zwecklos Hypothesen aufzustellen, ist thöricht, da keine Wissenschaft ohne solche bestehen kann und solche den Anstoss zu weiterem exacten Forschen abgeben. Das blosse Anhäufen von Material von Bausteinen macht noch lange keine Wissenschaft aus; erst das Zusammenfügen derselben in einen gewissen Plan, der den künftigen Dom mehr minder klar erkennen lässt, erzeugt den Begriff: Wissenschaft. Auf jeder Seite der Geschichte der Naturwissenschaften, speciell der Medicin tauchen daher Hypothesen auf und sind unentbehrlich. Durch jede neue Forschung, welche sie veranlassten, wurden sie entweder als unhaltbar erwiesen oder durch Constatiren ihrer Richtigkeit dann überflüssig gemacht, in beiden Fällen waren sie also nutzbringend. Wer wollte leugnen, dass die *Darwin*'sche Theorie (nicht aber die der Hyperdarwinianer), wohl die grossartigste Hypothese der Neuzeit, ungeheure Fortschritte im gesammten Gebiete der Naturwissenschaften hervorgerufen hat? Sind nicht durch *Lombroso*'s Lehre vom „gebornen Verbrecher", so sehr sie auch der Correctur bedarf, neue Forschungsgebiete eröffnet und alte erweitert und dadurch indirect neue Reformen im Strafverfahren etc. gezeitigt worden? Ist nicht die ganze Lehre der Aphasien durch Hypothesen auf das Mächtigste gefördert worden? Selbst die unerbittliche Mathematik kann derselben in der Form der Axiome nicht entbehren. Freilich ist es leichter durch Fleiss und Ausdauer neue Thatsachen aufzufinden, als durch grossangelegte, sich auf das vorhandene Material stützende Hypothesen den Forschern neue Bahnen anzuweisen. Ein solcher genialer

gemein haben. Ob ferner Mechanismus nichts Anderes als Materialismus ist, dürfte doch strittig sein. Ebenso gebe ich *Kraepelin* nicht Recht (Die Richtungen der psychiatrischen Forschung, Leipzig 1887), wenn er die *Meynert*'schen Vorstellungen — Associationen, Erinnerungsbilder etc. — als einen „Standpunkt eines naiven Materialismus" bezeichnet, da 1. die Richtigkeit dieser Annahmen — die Hypothesen-Natur ist nie zu vergessen! — wohl nicht in Abrede gestellt werden kann und 2. *Meynert* durchaus idealistische Zwecke verfolgte, wie z. B. seine Ansicht über die Unsterblichkeit der Seele (131) beweist. *Schüle*'s Ansicht (245) vom Ich ist auch nur Hypothese und kaum befriedigender.

Digitized by Google

Pfadfinder ist aber *Meynert*, der durch Aufdeckung vieler anatomischer und psychiatrischer Thatsachen genugsam bewiesen hat, dass er nicht blosser naturwissenschaftlicher Philosoph ist, daher bietet für den Denkenden kaum je ein psychiatrisches Werk einen so tiefen, nachhaltigen Eindruck, als gerade seine Bücher. Ehre sei darob dem unsterblichen Meister!

Staat und Kirche müssen nun aber eine „freie Willensbestimmung" annehmen, sonst würde ja Anarchie einreissen, doch handelt es sich eben nur um die „relative", nicht absolute. Von unserm Eignen können wir nur insoweit beisteuern — und das ist immerhin tröstlich — als wir uns bemühen die Aufmerksamkeit methodisch zu verstärken und durch absichtliches Lernen unsre Associationsmasse, unser Wissen zu vermehren, um dadurch den Willen in bessre, richtigere Bahnen zu lenken. Der Staat verlangt von einem Durchschnitts-Menschen, den er als normal hinstellt, dass er im Laufe der Erziehung im Elternhause und in der Schule, sowie auch später im Leben, die nöthige Menge gesunder Gedankenmassen sich erwirbt, welche ihm das Substrat zu genügender Moral, zu einem kräftigen Gewissen und so zu nützlichen Willensäusserungen verleihen und eine gute Lebensführung gewährleisten.

Giebt es aber keinen absolut freien Willen, so muss auch die absolute Zurechnungsfähigkeit geleugnet werden.

Neben solchen Personen nun, die durch ihre Gehirnorganisation absolut nicht im Stande sind gesunde Motive zu Handlungen aus sich zu gewinnen, giebt es genug Solche, welche dies nur theilweis, unvollkommen zu thun vermögen. Wir können recht gut diese Mittelstufe der Willenskraft als das Gebiet des verminderten Willens, der verminderten Zurechnungsfähigkeit bezeichnen, gerade so, wie wir bei Intelligenz, Gefühlen etc. nicht blos die Endpole benennen, sondern auch die Mittelstufen.

Dass diese für die forensische Betrachtung sehr wichtig ist, springt in die Augen, daher in richtiger Würdigung dieselbe in früheren Strafprocessordnungen verschiedner deutscher Länder officiell anerkannt wurde, während sie jetzt gestrichen ist. Die Geltendmachung von „mildernden Umständen" deckt sich aber praktisch nicht damit, weil solche gerade bei schweren Delicten nicht angewandt werden. Man hat sich früher bei Annahme einer

Digitized by Google

„verminderten Zurechnungsfähigkeit" mindestens ebenso gut befunden wie jetzt, und es machen sich genug Bestrebungen geltend, die alte Bezeichnung wieder einzuführen. Liest man den seit langer Zeit geführten und bis jetzt noch nicht ausgefochtnen Streit über die „verminderte" Zurechnungsfähigkeit, so sieht man doch, dass die meisten Autoren — darunter die gefeiertsten Namen — sich dafür aussprechen, eine Minderzahl nur — darunter als der hervorragendste vielleicht: ***Mendel*** (124) — dieselbe verwirft und nur das aut-aut kennt.

Gerade für die grosse Klasse geistig Defecter unter den Verbrechern ist die verminderte Zurechnungsfähigkeit anwendbar; zurechnungsunfähig absolut sind nur relativ Wenige, die mit den höhern Graden von Schwachsinn, moral insanity oder eigentlichen Psychosen Behafteten; die Zahl derer unter den Gewohnheitsverbrechern, bei denen die Verkommenheit keine mehr weniger individuell mitbedingte, sondern allein durch die socialen Verhältnisse erzeugt ward, ist als zurechnungsfähig anzusehen, wenngleich auch hier Milderungsgründe geltend zu machen sind. Dass man den Begriff „verminderte Zurechnungsfähigkeit" nicht missbrauchen darf, braucht nicht speciell betont zu werden. — Ueber die Frage der Zurechnungsfähigkeit kann aber weiter eigentlich nur der Arzt, nicht der Richter entscheiden, da sie nur aus dem ganzen geistigen Verhalten des Inculpaten fliesst, welches blos der Sachverständige richtig zu beurtheilen in der Lage ist, nicht der Jurist, am wenigsten jetzt, wo derselbe kaum eine Ahnung von Psychiatrie, Anthropologie und Sociologie hat. Hat der Sachverständige Jemand als geisteskrank hingestellt, so folgt logisch daraus, dass der Angeklagte ganz oder vermindert zurechnungsunfähig ist; reservirt sich nun der Richter — und dies wird auch von den meisten Psychiatern als einzig richtig anerkannt — das Recht, allein über die Frage der Zurechnungsfähigkeit zu entscheiden, so hat er sich über das Urtheil der Sachverständigen gestellt, und letzteres ist zur Farce herabgesunken, wie man es leider oft erlebt hat. Will man also aus diesem unliebsamen Dilemma herauskommen und dem Richter das Recht zu richten unangetastet lassen, so muss er mit einer Reihe von Kenntnissen ausgerüstet sein, die er jetzt meist nicht besitzt; er muss vor Allem den Menschen nach verschiedner Richtung hin kennen, besonders im abnormen Zustande und dann wird

Digitized by Google

auch er wohl willig das drastische Wort *Benedikt*'s (230) unterschreiben: Melius adhuc est judici, cognoscere corpus et animum humanum, quam cognoscere corpus juris. In Gefängnissen sind vor Allem „criminelle Kliniken", am besten wohl unter der Leitung eines Psychiaters, für die jungen Juristen zu errichten, wie besonders *Lombroso* (22) ausführlich und überzeugend nachweist. Zum Glücke ist die ganze neue Juristenschule der Positivisten oder Anthropologen, welche sicher die Zukunft für sich hat, davon tief überzeugt.

Noch ein kurzes Wort verdient die Moral. Wir sahen, dass diese wie auch das Gewissen[1]), nicht angeboren, sondern erworben ist. Der Begriff des Verbrechens ist aber ohne jene undenkbar, also können auch verbrecherische Neigungen nie angeboren sein, ebenso wenig wie andre Neigungen und Instinkte, also ist ein „geborener Verbrecher" unmöglich. Moral entwickelt sich nur in Gemeinsamkeit mit Andern und aus derselben heraus, zunächst aus Utilitätsgründen, und dies erklärt hinreichend, dass diese je nach Zeiten und Völkern in der Geschichte eine andre sein musste, mithin auch der Begriff „Verbrechen". Jeder, der antisocial lebte, die traditionellen Gepflogenheiten und moralischen Ansichten seiner Umgebung nicht respectirte, wurde und wird als Verbrecher bezeichnet und aus der Gesellschaft gestossen. Da aber, wie wir weiter sahen, eine Reihe von „Verbrechern" thatsächlich nicht diese gangbare Moral sich aneignen kann oder nur unvollkommen, so ist für Solche der Name „Verbrecher" ein falscher; es sind Kranke. Absurd ist es aber wohl, wenn *Lombroso* sogar von „Verbrechen" unter den Thieren[2]) spricht, da hier von einer Moral kaum die Rede ist, folglich auch nicht von Verbrechen. — Wenn, wie so oft, ganze

---

[1]) Ich kann nicht umhin, hier eine schöne Definition *Wilser*'s (238) vom Gewissen wörtlich wiederzugeben: „Vom naturwissenschaftlichen Standpunkte aus betrachtet, ist es einfach die durch lange Vererbung erlangte Fähigkeit, die jüngeren, menschlich-geselligen Triebe für edler zu halten, als die älteren, stärkeren, thierischen und ihnen mit Hilfe der Willenskraft zum Siege über letztere zu verhelfen. Wenn uns das nicht gelingt, empfinden wir Gewissensbisse d. h. Schmerz über die Untreue an unserer Menschenwürde."

[2]) Sogar von Verbrechen in der Pflanzenwelt wird gesprochen und auf die Insekten fressenden Pflanzen verwiesen!

Digitized by Google

Verbrechergenerationen sich folgen, so ist die Vererbung nur scheinbar; es ist vor Allen das sociale Element, das sie — neben individueller Anlage — immer wieder dem Verbrechen in die Arme trieb; in besserer Lage würden es vielleicht die Wenigsten geworden sein.

Unsre Ansicht endlich von der Zurechnungsfähigkeit und von der Verwerfung eines absoluten Willens, bringt es mit sich, dass die Strafe — und hier geht *Lombroso* ganz correct vor — nicht mehr im alten barbarischen Sinne des jus talionis, als Rache zu betrachten ist, sondern nur als Schutz der Gesellschaft — die difesa sociale, défense sociale — gegenüber den Uebelthätern anzusehen ist und als Besserungsmittel, wo wirklich Besserung zu erzielen ist, wie namentlich bei Jugendlichen und Affectverbrechern. („Statt Schuld, zu sagen: Gefährlichkeit, statt Strafe: Behandlung". *Benedikt* [243].)

Diese Betrachtungsweise, angeregt durch *Lombroso* und von der ganzen neuen anthropologisch-biologischen Juristenschule acceptirt, erfordert aber eine gänzliche Umwälzung des Strafverfahrens[1]) und der Gefängnisspraxis. Hier ist besonders auf Abschaffung des Strafmaasses (détention indéfinie oder indeterminée) mit weiter daran sich anknüpfenden Vorschlägen (bedingte Verurtheilung und libération conditionelle) in Betracht zu ziehen. *Tarde* (229) greift mit vielem Rechte, wie ich glaube, das Geschwornengericht an, noch mehr aber *Lombroso*. Die Juristenbildung muss ferner erweitert werden, wie schon gesagt wurde, *Ellis* (233) verlangt sehr richtig eigne Schulen für Gefängnisswärter, wie man solche für Krankenwärter hat, auch greift er mit vielen Andern das Zellensystem an, als zur Besserung von Besserungsfähigen durchaus untauglich; nur richtige Arbeit und Erziehung, wie es in dem von ihm oft citirten Elmira Reformatory (im Staate New-York) stattfindet, müsse hier eintreten. Was mit der grossen Klasse der „Unver-

[1]) Hierüber lese man die Comptes rendus der internationalen, criminellen anthropologischen Congresse, die Rapports zum 3. (223) und das vorzügliche Buch von *H. Ellis* (233), ferner *Sommer* (188, 189), *Langreuter* (99), *Kurella* (94), *Reuss* (155), *Beltrani* (6), *Rosenfeld* (227), *Alimena* (228), No. 106 etc. Die Todesstrafe, für welche *Lombroso* voll eintritt, verliert immer mehr an Vertheidigern. Siehe besonders *Benedikt* 246, 248.

Digitized by Google

besserlichen" zu thun sei, darüber sind noch die Meinungen verschieden. Siehe die Rapports (223). Jedenfalls macht sich überall die Nothwendigkeit einer strengen Individualisirung, besonders den vielen geistig Defecten gegenüber, bemerkbar, und immer mehr verlangt man eine möglichst ausgedehnte medicinische Expertise schon in foro und nicht nur, dass an Gefängnissen psychiatrisch geschulte Aerzte angestellt werden. Auch ist zur Erleichterung der Gerichte eine „Internationalisirung" des Signalement anthropométrique von *Bertillon*, (*Ryckere* 223) welches immer mehr und mehr als höchst praktisch anerkannt wird, anzustreben.

Die Wurzel des Verbrechens liegt aber, wie dargelegt wurde, in bedeutendem Maasse in den socialen Zuständen[1]). Hier ist also nach Kräften einzugreifen, ganz besonders, neben dem immer mehr überhand nehmenden Pauperismus, die furchtbare Trunksucht zu bekämpfen, welche in der Genese von Verbrechen und Irrsinn eine so hervorragende und traurige Rolle spielt.

Alle diese wichtigen, hier nur angedeuteten Fragen erscheinen gewiss nicht überflüssig und eines Arztes unwürdig, da sie als zur Biologie der Menschen, im weiteren Sinne, gehörig, nicht blos den Juristen, sondern auch jeden Gebildeten überhaupt, an erster Stelle aber den Arzt und Sociologen angehen. Leider gilt noch von vielen Aerzten das bittre, aber wahre Wort von *Zacharias*[2]): „Viele Aerzte und Naturforscher stecken bekanntlich inmitten ihrer Fachwissenschaft wie in einer Tonne und sehen blos zum Spundloche heraus".

Also auch hier gelte das:

Homo sum, nihil humani a me alienum puto.

---

[1]) Dass auch die Erziehung dem Verbrechen sehr entgegenarbeiten kann, weist sehr schön und ausführlich *Ferreira* (240) nach, ebenso *Tarde* (229).

[2]) Die Bevölkerungs-Frage etc. Jena 1892.

Digitized by Google

Literatur-Verzeichniss[1]).

1. Actes du premier congrès international d'Anthropologie criminelle à Rome, nov. 1885. Turin-Rome-Florence 1886/87. — 2. *Arndt*, Lehrbuch der Psychiatrie. Wien und Leipzig 1883. — 3. *Baer*, Die Gefängnisse, Strafanstalten und Strafsysteme etc. Ref. Diese Zeitschr. 29, 242. — 4. *Baer*, Ueber die Unterbringung geisteskrank gewordener Sträflinge. Ref. nebst Discussion. Archiv für Psychiatrie, 6, 585. — 5. *Baer*, Wie sollen seelengestörte und gebrechliche, zu längerer Strafe verurtheilte Gefangene untergebracht werden? Ref. diese Zeitschr. 31, 647. — 6. *Beltrani-Scalia*, Studien und Vorschläge zur Reform des Gefängnisswesens in Italien. Separatabdruck (Jahr?) aus der rivista di discipline carcerarie. — 7. *Benedikt*, Anatomische Studien an Verbrecher-Gehirnen. Ref. *Erlenmeyer*'s Centralbl. für Nervenheilkunde etc. 1879, p. 348. — 8. *Benedikt*, Ueber die Psychologie der Verbrecher. Diese Zeitschr. 33, 193. — 9. *Benedikt*, Criminelle Anthropologie. Auszug im Journal of mental Science 1889, p. 276 ff. u. 1890, p. 122 ff. — 10. *Benedikt*, Der Congress für Criminal-Anthropologie zu Rom. Ref. diese Zeitschr. 43, 6. Heft. — 11. *Binswanger*, Ueber die Beziehungen des moralischen Irreseins zu der erblich degenerativen Geistesstörung. *Volkmann*'sche Sammlung klinischer Vorträge No. 299 (1887). — 12. *Binswanger*, Geistesstörung und Verbrechen. Tageblatt der Naturforscher-Versammlung zu Köln, 1888. — 13. *Bergmann*, Bemerkungen über den Stehltrieb etc. Diese Zeitschr. Bd. XI. — 14. *von Blomberg*, 101 Kephalogramme. Dissertation, Weimar 1889. — 15. *Bonfigli*, Ancora sulla questione della pazzia morale. Ref. *Erlenmeyer*'s Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 1878, 130. — 16. *Bonfigli*, Sulla così detta pazzia morale. Diese Zeitschr. 33, 387. Ref. — 17. *Brierre de Boismont*, Die verbrecherischen Irren Englands. Uebersetzt von *Starke*. Stuttgart 1871. — 18. *Caspar-Liman*, Praktisches Handbuch der gerichtlichen Medicin. 6. Aufl., Berlin 1876. — 19. *Dagonet*, l'aliénation mentale chez les dégénerés psychiques. Ref. Neurol. Centralbl., 2, 1892. — 20. *Dally*, Ueber die angebliche Unzurechnungsfähigkeit der trunkenen Verbrecher. Ref. Irrenfreund 1880, p. 87. — 21. *Damerow*, Ein Blick über die Lage von Irrenanstalts-Fragen der Gegenwart. Diese Zeitschr. 19, 143. — 22. *Danillo*, Zur Unterbringung irrer Verbrecher. Ref. diese Zeitschr. 44, 272. — 23. *Daude*, Das Entmündigungsverfahren etc. Berlin 1882. — 24. *Delbrück*, Die Seelenstörungen in den Strafanstalten und ihre Behandlung. Diese Zeitschr. 20, 441. — 25. *Delbrück*, 2 Fälle von Verbrecherwahnsinn nebst einer Epikrise. Diese Zeitschr. 14, 349. — 26. *Delbrück*, Ueber die

[1]) Gilt zugleich für meine frühere Arbeit: „Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe" p. 396 ff. dieses Bandes. Die Bemerkungen auf p. 482 — in parenthesie gesagt — beziehen sich nicht auf specielle Hubertusburger Verhältnisse, sondern sind nur allgemeiner Natur.

Digitized by Google

unter den Sträflingen der Strafanstalt zu Halle beobachtete Geisteskrankheit und ihren Zusammenhang mit dem Verbrechen. Diese Zeitschr. 11, 57. — 27. *Dewey*, provision for insane Criminals. Ref. *Erlenmeyer's* Centralbl. 1879, 288. — 28. *Djeekoff*, Verbrechen und Wahnsinn. Ref. diese Zeitschr. 43, 162*. — 29. *Djukow*, Verbrechen und Irrsin. Ref. Irrenfreund 1886, 91. — 30. *Drobisch*, Die moralische Statistik und die menschliche Willensfreiheit. Ref. diese Zeitschr. 24, 613. — 31. *Emminghaus*, Allgemeine Psychopathologie. Leipzig 1878. — 32. *Feré*, Entartung und Verbrechen. Ref. annales medico-psychol. 1890, 150. — 33. *Feré*, étude sur la plante du pied et en particulier sur le pied plat considere comme stigmate de dégénerescence. Ref. Neurol. Centralbl. 6, 1892. — 34. *Flemming*, Ueber moral insanity. Irrenfreund 1874. — 35. *Flemming*, Ein Votum in Sachen der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Diese Zeitschr. 22, 97 u. 348. — 36. *Forel*, Uebergangsformen zwischen Geistesstörung und geistiger Gesundheit. Ref. Diese Zeitschr. 47, Heft 6, p. 30*. — 37. *Francotte*, l'anthropologie criminelle. Diese Zeitschr. 47, Heft 6, p. 47*. Ref. — 38. *Fränkel*, Ueber Degenerationserscheinungen bei Psychosen. Diese Zeitschr. 42, 76. — 39. *Fränkel*, Ueber progenee Schädelformen bei Geisteskranken. Diese Zeitschr. 36, 279. — 40. *Fränkel*, Etwas über Schädel-Asymmetrie und Stirnnaht. Neurolog. Centralbl. 1888, 438. — 41. *Frese*, Die That. Diese Zeitschr. 30, 592. — 42. *Freusberg*, Ueber Irresein der Vagabunden. Ref. diese Zeitschr. 41, 684. — 43. *Frigerio*, l'oreille externe. Ref. Neurol. Centralbl. 1889, p. 182. — 44. *Gradenigo*, Zur Morphologie der Ohrmuschel. Ref. diese Zeitschr. 47, 6. Heft p. 57*. — 45. *Griesinger*, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart 1867. — 46. *Guder*, Compendium der gerichtlichen Medicin. Leipzig 1887. — 47. *Gutsch*, Ueber Seelenstörungen in Einzelhaft. Diese Zeitschrift 19, 1. — 48. *Gutsch*, Wohin mit den geisteskranken Sträflingen? Diese Zeitschr. 30, 393. — 49. *Hack Tuke*, Geist und Körper. Uebersetzt von *Kornfeld*. Jena 1888. — 50. *Hack Tuke*, *Pritchard* and *Simmonds* in especial relation to mental science with chapters on moral insanity. Ref. Neurol. Centralbl. 9, 1892. — 51. *Hagen*, *Chorinsky*. Erlangen 1872. — 52. *Hagen*, Der goldene Schnitt. Leipzig 1857. — 53. *Hasse*, Einiges über Irrenanstalten. Diese Zeitschr. 41, 54. — 54. Hausordnung für die Landes-Straf- und Corrections-Anstalten des Königreichs Sachsen. Blätter f. Gefängnissk. 21. Bd. 1886, 1. Heft. — 55. *Havelock-Ellis*, the study of the Criminal. Journal of mental Science. Jan. 1890. — 56. *Heimann*, Zur Casuistik der Verbrecher-Psychosen. Diese Zeitschr. 37, 578. — 57. *Hofmann*, Lehrbuch der gerichtlichen Medicin, 3. Aufl. Wien und Leipzig 1884. — 58. *Hoffmann*, Die traumatische Neurose und das Unfallversicherungs-Gesetz. Sammlung klin. Vortr. 1891, No. 17. — 59. *Hölder*, Ueber die körperlichen und geistigen Eigenschaften der Verbrecher. Irrenfreund 1888. — 60. *Jastrowitz*, in einer Discussion über Paralyse der Frauen. Diese Zeitschr. 35, 254. — 61. Jahresbericht des

Digitized by Google

Landes-Medicinal-Collegiums über das Medicinalwesen im Königreiche Sachsen auf das Jahr 1890. Leipzig 1891. — 62. Jahressitzung der deutschen Irrenärzte zu Weimar, September 1891. Ueber Zurechnungsfähigkeit und Verbrecherthum. Ref. Diese Zeitschr. 48, 428ff. — 63. Irre Verbrecher, Diese Zeitschr. 23, 406ff., b) Irrenfreund 1883, p. 92, Ref. — 64. *Jolly*, Ueber geminderte Zurechnungsfähigkeit. Diese Zeitschr. 44, 461 u. 503. — 65. *Ivanowa*, Zur Frage der Criminalität der Irren. Ref. Neurol. Centralblatt 19, 1891. — 66. *Kirchhoff*, Lehrbuch der Psychiatrie etc., Leipzig und Wien 1892. — 67. *Kirn*, Ueber die Psychosen der Einzelhaft. Ref. Archiv f. Psych. 20, 579. — 68. *Kirn*, Die Criminalpsychologie etc. Ref. Diese Zeitschr. 44, 678. — 69. *Kirn*, *Cesare Lombroso*'s Verbrecher-Anthropologie. Blätter für Gefängnisskunde. Bd. 24, Heft 1. — 70. *Kirn*, Ueber die psychische und somatische Degeneration der Verbrecher. Centralbl. f. Nervenheilkunde etc. *Erlenmeyer*, 1889, No. 15. — 71. *Kirn*, Die Psychosen in der Strafanstalt. Diese Zeitschr. 45, 1. — 72. *Kirn*, Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Ref. diese Zeitschr. 46, 54. — 73. *Kirn*, sh. im Handbuch des Gefängisswesens von *Holtzendorf* und *Jagemann*. Hamburg 1888, Bd. 2. — 74. *Knecht*, Der Verbrecher in anthropologischer, ärztlicher und juristischer Beziehung. Biologisches Centralblatt 1888, Separatabdruck. — 75. *Knecht*, Ueber die Verbreitung psychischer Degeneration bei Verbrechern und die Beziehungen zwischen Degenerationszeichen und Neuropathien. Diese Zeitschr. 49, 584. — 76. *Knecht*, Die Irrenstation bei der Strafanstalt Waldheim. Diese Zeitschr. 37, 145. — 77. *Knecht*, Die gegenwärtige Fürsorge für irre Verbrecher in England. Diese Zeitschr. 39, 260. — 78. *Knecht*, Gefängnisswesen, im Handbuche des öffentlichen Gesundheitswesens von *Eulenburg*. Berlin 1881, Bd. I. — 79. *Knop*, Ueber moral insanity. Diese Zeitschr. 31, 697. — 80. *Koch*, Ueber die Grenzgebiete der Zurechnungsfähigkeit. Irrenfreund 1881, 80. — 81. *Koch*, Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie. Ravensburg 1889. — 82. *Koch*, Psychopathische Minderwerthigkeiten. I. Ravensburg 1891. — 83. *Kollmann*, Die Kraniometrie und ihre jüngsten Reformatoren. Neurol. Centralbl. 19, 1891, Ref. — 84. *Koster*, Gallerie verkannter Fälle von Irresein. Irrenfreund 1873, 113ff. — 85. *Koster*, Ueber Irresein der Vagabunden und Bummler. Diese Zeitschr. 30, 331. — 86. *Köhler*, Ueber die Psychosen weiblicher Sträflinge. Diese Zeitschr. 33, 676. — 87. *Kahlbaum*, Ueber Heboïdophrenie. Diese Zeitschr. 46, 461. — 88. *v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch der Psychiatrie etc. Stuttgart 1879. — 89. *v. Krafft-Ebing*, Grundzüge der Criminalpsychologie etc. Erlangen 1872. — 90. *v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie. Stuttgart 1875. — 91. *Kräpelin*, Psychiatrie, Leipzig, 2. Aufl. 1887. — 92. *Krohne*, Unterbringung geistesgestörter Verurtheilter. Diese Zeitschr. 42, 536. — 93. *Krohne*, Lehrbuch der Gefängnisskunde. Stuttgart 1889. — 94. *Kurella*, Criminelle Anthropologie und positives Strafrecht. Centralbl. für Nervenheilkunde etc. von *Erlenmeyer*, 1888, No. 18 u. 19. — 95. *Kühn*, Ueber

Digitized by Google

Geisteskrankheiten der Corrigenden. Archiv f. Psych. u. Nervenkr. 1891, p. 345 u. 614ff. — 96. *Ideler*, Lehrbuch der gerichtlichen Psychologie. Berlin 1857. — 97. Der 2. Internationale Congress der Criminal-Anthropologie in Paris 1889. Nach Ref. im Journal of meutal Science, April 1890. — 98. *Jones*, the mouth in backward children (Imbecille) of the mongolian type. Journal of mental Science, April 1890. — 99. *Langreuter*, Ueber die Unterbringung „geisteskranker Verbrecher" und „verbrecherischer Geisteskranker". Diese Zeitschr. 43, 380. — 100. *Leppmann*, Die Sachverständigen-Thätigkeit bei Seelenstörungen. Berlin 1890. — 101. *Laurent*, Une famille de dégénerés incendiaires. Annales médico-psychol. nov. 1889, p. 355. — 102. *Laurent*, les gynécomastes. Ref. aus den annal. médico-psychol. 1889, p. 157. — 103. *Laurent*, Die Degenerirten in Gefängnissen. Ibidem p. 158. — 104. Leipziger Zeitung, Wissenschaftliche Beilage v. 22. März 1892: Ueber die Ursachen der Rechts- und Linkshändigkeit. — 105. Leipziger Zeitung, Wissenschaftliche Beilage vom 22. Juli 1890: Ueber künstliche Schädelverbildungen. — 106. Leipziger Zeitung, Wissenschaftliche Beilage v. 17. Juni 1890: Bedingte und unbestimmte Verurtheilung. — 107. *Locher-Wild*, Ueber Familienanlange und Erblichkeit. Ref. Diese Zeitschr. 32, 98. — 108. *Lombroso*, les progrès récents de l'Anthropologie criminelle. Centralbl. für Nervenheilkunde etc. 1890, April. — 109. *Lombroso*, Donna criminale e prostituta. Archivio di psichiatria, scienze penali etc. X, fasc. III—IV, 1889. — 110. *Lombroso*, Der Verbrecher etc. Deutsch bearbeitet von *Fränkel*. Hamburg 1887. — 111. *Lombroso*, Der Verbrecher (homo delinquens) etc. II. Bd. übersetzt von *Fränkel*. Hamburg 1890. — 112. *Lombroso*, Genie und Irrsinn. Uebersetzt von *Courth*, Leipzig, Reclam. — 113. *Lombroso*, tatto e tipo degenerativo in donne normali, criminali e alienate. Ref. Neurolog. Centralbl. 18, 1891. — 114. *Lunier*, Ueber Diebstähle in Waarenmagazinen. Ref. Irrenfreund 1881, 109. — 115. *Lutz*, Ueber Atavismus des Verbrechens. Diese Zeitschr. 44, 99. — 116. *Luzenberger*, I denti nei folli e nei frenastenici. Ref. Neurol. Centralbl. 9, 1892. — 117. *Magnan*, Psychiatrische Vorlesungen. II/III. Heft: Ueber die Geistesstörungen der Entarteten. Deutsch von *Möbius*. Leipzig 1892. b, Paranoia. 1. Heft. — 118. *Marandon de Montyel*, Une révolte d'aliénés. Annales médico-psychol. 1890, No. 2, sh. auch p. 172ff. — 119. *Maudsley*, Die Zurechnungsfähigkeit der Geisteskranken. Ref. Diese Zeitschr. 32, 677. — 120. *Maudsley*, Moralischer Sinn und Wille bei Verbrechern. Ref. Diese Zeitschr. 42, 47*. — 121. *Marro*, caratteri speciali nelle varie classi di delinquenti. Archivio di psichiatria, scienze penali etc. vol. VII, 1886. — 122. *Mendel*, Der ärztliche Sachverständige und der Ausschluss der freien Willensbestimmung des § 51 des deutschen Strafgesetzbuches. Diese Zeitschr. 42, 499. — 123. *Mendel*, Ueber die Vagabundenfrage. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin 1887. — 124. *Mendel*, Ueber die geminderte Zurechnungsfähigkeit. Diese Zeitschr. 45, 524. — 125. *Mendel*, Zurechnungsfähigkeit. Real-Encyklopädie der

Digitized by Google

gesammten Heilkunde von *Eulenburg*, 1. Aufl. Bd. 15, p. 303. — 126. *Mendel*, Moral insanity. *Eulenburg*'s Real-Encyklopädie etc. 1. Aufl. Bd. 9, p. 215 ff. — 127. *Meyer*, Der skoliotische Schädel. Archiv für Psychiatrie. Bd. 8, p. 108. — 128. *Meynert*, Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien 1890. b) Psychiatrie, Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns. Wien 1884. — 129. *Meynert*, Ueber Diagnose frühzeitiger Schädelsynostosen am Lebenden. Ref. diese Zeitschr. 44, 538. — 130. *Meynert*, Die psychiatr. Diagnose und der Richterstuhl. Ref. im neurol. Centralbl. 19, 1891. — 131. *Meynert*, Sammlung von populär-wissenschaftlichen Vorträgen etc. Wien und Leipzig 1892. — 132. *Meynert*, Naturexperimente am Gehirn. Jahrbücher für Psychiatrie 10. Bd. Leipzig, Wien 1892. — 133. *Metzger*, Zur Lehre von den Degenerationszeichen. Diese Zeitschr. 45, 501. — 134. *Michler*, sh. im Handbuche d. Gefängnisswesens von *Holtzendorf* und *Jagemann*, Hamburg 1888, 2. Bd. — 135. *Möbius*, Ueber nervöse Familien. Diese Zeitschr. 40, 228. — 136. *Moeli*, sh. die Besprechung des *Sander-Richter*'schen Buches. Archiv f. Psychiatrie 17, 294. — 137. *Moeli*, Was lehren die in Dalldorf gemachten Erfahrungen für die Frage nach der Unterbringung geisteskranker Verbrecher? nebst Discussion. Diese Zeitschr. 43, 298. — 138. *Moeli*, Ueber irre Verbrecher. Berlin 1888. — 139. *Morrison*, Rev., reflections on the theories of Criminality. Journal of ment. Science. April 1889. — 140. *Nasse*, Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Diese Zeitschr. 46, 336. — 141. *Neumann*, Psychologische Reflexionen über das Preussische Strafgesetzbuch etc. Diese Zeitschr. 27, 387. — 142. *Neumann*, Leitfaden der Psychiatrie. Breslau 1883. — 143. *Neumann*, Katechismus der gerichtlichen Psychiatrie. Breslau 1884. — 144. *Pelman*, Reiseerinnerungen aus England und Frankreich. Diese Zeitschr. 27, 163. — 145. *Pelman*, sh. in einer Besprechung: diese Zeitschr. 42, 359. — 146. *Pelman*, Zurechnungsfähigkeit und Verbrecherthum, nebst Discussion. Ref. Neurol. Centralbl. 19, 1891. — 147. *Pick*, Ueber die Entlassung genesener verbrecherischer Irrer. Diese Zeitschr. 43, 1. Heft. — 148. *Pick*, Ueber die primäre chron. Demenz (sog. Dem. praecox.) im jugendlichen Alter. Ref. Neurol. Centralbl. 9, 1892. — 149. *Pieper*, Geistige Störungen in Gefängnissen. Diese Zeitschrift 34, 633. — 150. *Proal:* la responsabilité légale des aliénés. Annales médico-psychol. 1890, juillet-août, p. 84. — 151. *Recklinghausen*, Demonstration pathol. Schädel. Ref. im Archiv für Psych. 19, 290. — 152. *Reich*, Ueber acute Seelenstörungen in Gefangenschaft. Diese Zeitschr. 27, 405. — 153. *Reich*, Ueber die Entartung der Menschen. Erlangen 1868. — 154. *Reich*, Die Erblichkeit der Gebrechen etc. Neuwied und Leipzig 1882. — 155. *Reuss*, Der Rechtsschutz der Geisteskranken. Leipzig, 1888. — 156. *Rieger*, Ueber Craniometrie etc. Diese Zeitschr. 38, 697. — 157. *Rieger*, Ueber die Beziehungen der Schädellehre zur Physiologie, Psychiatrie und Ethnologie. Würzburg 1882. — 158. *Ribstein*, Central-Irrenanstalten und Invalidengefängnisse. Handbuch des Gefängnisswesens von *Holtzendorf* und *Jagemann*. Hamburg 1888, 2. Bd.

Digitized by Google

— 159. *Richter*, Bildungsanomalien bei Geisteskranken. Diese Zeitschr. 38, p. 80. — 160. *Roller*, Berührungen der Psychiatrie mit anderen Gebieten. Diese Zeitschr. 28, 691 ff. und 702 ff. — 161. *Roller*, Ueber Seelenstörungen in Einzelhaft. Diese Zeitschr. 20, 195. — 162. *Roller*, Ueber die Selbstbestimmungsfähigkeit der Irren. Diese Zeitschr. 34, 315. — 163. *Roller*, Psychiatrische Zeitfragen etc. Berlin 1874. — 164. *Roller*, Ueber geminderte Zurechnungsfähigkeit. Diese Zeitschr. 46, 337. — 165. *Roscioli*, Fronto-faciale Asymmetrien bei Irren. Ref. diese Zeitschr. 1890, 2. Heft. — 166. *Rosenbach*, Contribution à l'étude de quelques formes aigues d'aliénation mentale et de leurs rapports avec la paranoia. Ref. Neurol. Centralbl. 5, 1892. — 167. *Rösne*, Die kriminalistische Zurechnungsfähigkeit. Ref. Diese Zeitschr. 27, 387. — 168. *Sander* und *Richter*, Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen. Berlin 1886. — 169. *Savage*, Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankeiten etc., bearbeitet von Dr. *Knecht*. Leipzig 1887. — 170. *Savage*, the influence of surroundings in the production of insanity. Ref. im neurol. Centralbl. 24, 1891. — 171. *Salsotto*, sulla donna delinquente. Archivio di psichiatria, scienze penali etc. vol. X, fasc. III—IV, 1889. — 172. *Schäfer*, Zur Revision der Frage nach der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher mit Rücksicht auf das Buch von *Sander* und *Richter*. Diese Zeitschr. 44, 1. Heft. — 173. *Schäfer*, Der Gerichtsarzt und die freie Willensbestimmung. Ref. Diese Zeitschr. 43, 2. Heft. — 174. *Schopenhauer*, Werke, herausgegeben von *Brasch*, Leipzig 1891. II. Bd. p. 307 ff. — 175. *Schönthal*, Beitrag zur Symptomatologie der Hirntumoren. Berliner klin. Wochenschr. 9. März 1891. — 176. *Schaafhausen*, Ueber das Wachsthum des menschlichen Schädels. Ref. diese Zeitschr. 22, 448. — 177. *Schüle*, Handbuch der Geisteskrankheiten. Leipzig 1878. — 178. *Schüle*, Klinische Psychiatrie. Leipzig 1886. — 179. *Schilling*, Die Zurechnungsfähigkeit etc. Augsburg 1866. — 180. *Schlager*, Ueber Entweichungen und Entweichungsversuche von Geistesgestörten aus ihrem Verpflegungsorte. Diese Zeitschr. 42, 187. — 181. *Schrank*, Ueber die Aufnahme von während der Strafhaft geisteskrank gewordener Verbrecher in Irrenanstalten. Ref. *Erlenmeyer*'s Centralbl. f. Nervenheilk. etc. 1878, p. 213. — 182. *Schulz*, Freie Willensbestimmung in theoretischer und praktischer Beziehung. Diese Zeitschr. 36, 604. — 183. *Semal*, sh. Ref. diese Zeitschr. 47, 173*. — 184. *Serbski*, Ueber die acuten Formen von Amentia und Paranoia. Diese Zeitschr. 48, 328. — 185. *Schwarze*, Commentar zum Strafgesetzbuche für das deutsche Reich vom 31. Mai 1870. Leipzig 1871. — 186. *Sichart*, Ueber die Ursachen der Verbrechen. Ref. im Leipziger Tageblatt vom 17. Jan. 1890. — 187. *Siemerling*, Ueber schottische, englische und französische Irrenanstalten. Archiv f. Psych. 17, 577. — 188. *Sommer*, Beiträge zur Kenntniss der criminellen Irren. Diese Zeitschr. 40, 88. — 189. *Sommer*, Criminalität zu Auburn (New-York) und das Reformatorium zu Elmira. Neurolog. Centralbl. 12, 1888. — 189b. *Sommer*, Zur Abschaffung des Strafmaasses.

Digitized by Google

Centralblatt für Nervenheilkunde etc. April 1890. — 190. *Sommer*, Beiträge zur Kenntniss der Irrenschädel. *Virchow*'s Archiv für pathol. Anatomie etc. 89. u. 90. Bd. 1882. — 191. Specialanstalten für irre Verbrecher. Verhandlungen in der belgischen Akademie der Medicin vom 30. März 1889. Ref. d. Ann. med.-psych. 1889, 172 ff. — 192. *Stahl*, Schädelconfiguration und Intelligenz. Diese Zeitschr. 17, 555. — 193. *Stahl*, Zur Lehre über die organischen Anlagen zum Irresein. Diese Zeitschr. 16, 1. — 194. *Stahl*, Ueber *Kelp*'s Schädeldifformität. Irrenfreund 1873. — 195. *Stahl*, Einige klinische Studien über Schädeldifformitäten. Diese Zeitschr. 11, 545. — 196. *Stolz*, Gedanken über moralisches Irresein. Diese Zeitschr. 33, 732. — 197. *Strübing*, Zur Lehre der congenitalen medianen Hals- oder Luftröhrenfistel. Deutsche medicin. Wochenschrift 9, 1892. — 198. *Talbot*, Papers on the etiology of constitutional irregularities of the teeth. Reprinted from the Dental Cosmos 1888 and 1889. — 199. *Talbot*, statistics of constitutional and developmental irregularities of the jaws and teeth of normal, idiotic, deaf and dumb, blind, and insane persons. Reprinted from the Dental Cosmos for July, 1889. — 200. *Talbot*, Classification of typical irregulaties of the maxillae and teeth. Reprinted from the Dental Cosmos for October 1889. — 201. *Tarnowsky*, étude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses. Paris 1889. — 202. Ueber irre Verbrecher, Ref. im Irrenfreunde 1883, p. 92. — 203. *Ullersperger*, librum arbitrium. Diese Zeitschr. 31, 627. — 204. *Virgilio*, Krankhafte Natur des Verbrechers. Ref. diese Zeitschr. 33, 358. — 205. *Voppel*, Beiträge zur Craniometrie. Diese Zeitschr. 14, 175. — 206. *Wagner*, Ueber die körperlichen Grundlagen der acuten Psychosen. Jahrbücher für Psychiatrie. 10. Bd. Leipzig und Wien 1892. — 207. *Weller*, Zweifelhafte Seelenzustände. Correspondenzblatt für Psychiatrie etc. von *Erlenmeyer*, 1872. — 208. *Werner*, Die Paranoia. Stuttgart 1891. Ref. in Jahrbüchern für Psych. 10. Bd. 1892. — 209. *Wiebecke*, Psychische Freiheit. Diese Zeitschr. 23, 293. — 210. *Wiedemeister*, Ueber die Errichtung von Specialanstalten für verbrecherische Irre. Diese Zeitschr. 28, 176. — 211. *Wildermuth*, Bemerkungen zu Kritiken über Degenerationszeichen. Diese Zeitschr. 46, 6. Heft p. 126*. b) *Wille*, Die Lehre von der Verwirrtheit. Arch. f. Psych. etc. Bd. 19 p. 328. — 212. *Zacharias*, Ueber Willensfreiheit. Leipziger Zeitung vom 20. März 1891. — 213. *Zacharias*, Katechismus des Darwinismus. Leipzig 1892. — 214. Das Zellenhaus bei der Strafanstalt Zwickau etc. Zwickau 1869.

215. *Benedikt*, Schädelmessung, in der Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde von *Eulenburg*, 1. Aufl. Bd. XII. — 216. *Koch*, Die Lehre von den psychopathischen Minderwerthigkeiten in ihrem Verhältnisse zu den Degenerationstheorien. Der Irrenfreund, 1891 No. 11 u. 12. — 217. *Mendel*, Artikel „Verrücktheit" in *Eulenburg*'s Real-Encyclopädie der gesammten Heikunde, 1. Aufl. Bd. 14. — 218. *Wiedersheim*, Der Bau des Menschen als Zeugniss für seine Vergangenheit. Freiburg 1887. —

Digitized by Google

219. *Gutzmann*, Ueber den Sigmatismus und seine Beziehungen zu Zahndefecten und Zahnmissbildungen. Deutsche medicin. Wochenschr. 2. Juni 1892. — 220. *Schnopfhagen*, Die Entstehungen der Windungen des Grosshirns. Leipzig und Wien 1891. — 221. *Binder*, Das *Morel*'sche Ohr etc. Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankh. 1889. — 222. *Lombroso*, l'Anthropologie criminelle et ses récents progrès. Paris, Alcan, 1891. — 223. Troisième congrès d'Anthropologie criminelle tenu à Bruxelles en 1892, rapports, fascicules 1—3, Bruxelles 1892. — 224. *Benedikt*, Drei Vorträge zur Metaphysik der Moral und des Rechtes. Wien 1890. — 225. *Benedikt*, Zur Lehre des Knochenwachsthums. Sonder-Abdr. a. d. Centralblatt f. d. med. Wissensch. 1892, No. 29 u. 30. — 226. *Benedikt*, Ideen zur operativen Behandlung der idiopathischen Epilepsie. Sonder-Abdruck aus der „Intern. klin. Rundschau" No. 28, 1892. — 227. *Rosenfeld*, „Die dritte Schule", aus den Mittheilungen der Internationalen criminalistischen Vereinigung. Sonderabdruck, Berlin (1892). — 228. *Alimena*, naturalismo critico e diritto penale. Roma 1892. — 229. *Tarde*, la criminalité comparée, Paris 1890. — 230. *Semal*, relations entre la criminalité et la folie, rapport etc. Gand 1886. — 231. *Benedikt*, les grands criminels de Vienne. Le cerveau et le crâne de *Raimond Hackler*. Lyon, Paris 1892. — 232. *Ammon*, Der Kampf ums Dasein beim Menschen. Tägliche Rundschau. Unterhaltungsbeilage 1892. — 233. *Havelock-Ellis*, the Criminal. London 1890. — 234. *Semal*, Des aliénés criminels. Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine, année 1889. — 235. *Semal*, Des prisons asiles pour criminels aliénés et instinctifs. Bruxelles 1889. — 236. *Semal*, Coup d'oeil sur les folies pénitentiaires. Extrait des Comptes rendus du Congrès de médecine mentale tenu à Paris du 5 au 10 août 1889. Melun 1890. — 237. *Kirn*, Geistesstörung und Verbrechen. Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums der Anstalt Illenau. Heidelberg 1892. — 238. *Wilser*, Die Vererbung der geistigen Eigenschaften. Ibidem. — 239. *Eckholt*, Beitrag zur Kenntniss der acuten Formen der Verrücktheit. Ibidem. — 240. *Ferreira-Deusdado*, Peut-on admettre que certains criminels ou délinquents soient considérés comme incorrigibles et, dans le cas de l'affirmation, quels moyens pourraient être employés pour protéger la société contre cette catégorie de condamnés? IV. congrès pénitentiaire international de St. Pétersbourg (1890) rapport. — 241. *Kurella*, Die Naturgeschichte des Verbrechers. Hamburg 1892. Sammlung wissenschaftlicher Vorträge von *Virchow-Holtzendorff*, Heft 147. — 242. *Benedikt*, les grands criminels de Vienne. 1. Hugo Schenk. Lyon, Paris 1891. — 243. *Benedikt*, Biologie und Kriminalistik. Vortrag in der Wiener juristischen Gesellschaft, März 1886. Separatabdruck. — 244. *Benedikt*, Hypnose, hypnotische Suggestion und Kriminalogie. Separatabdruck aus der Wiener medicin. Wochenschrift 44, 92. — 245. *Schüle*, Festrede mit Ausblick auf einige psychiatrische Gegenwarts-Fragen und Zukunfts-Aufgaben. Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums der Anstalt Illenau. Heidelberg 1892. —

Digitized by Google

246. *Benedikt*, Vortrag über die Todesstrafe. Wien 1892, 2. Aufl. — 247. *Benedikt*, Die staatlichen Special-Irrenhäuser in Belgien. Separatabdruck aus „Juristische Blätter", XIX. Jahrgang. — 248. *Benedikt*, Der neue italienische Strafgesetz-Entwurf *(Zanardelli)* und die exacte Wissenschaft. Separatabdruck aus der von Prof. *Grünhut* herausgegebenen Zeitschrift für das Privat- u. öffentl. Recht der Gegenwart. Mai 1888. — 249.. *Benedikt*, Die Vagabondage und ihre Behandlung. Vortrag. Sonderabdruck der Zeitschr. für die gesammte Strafrechtswissenschaft, 1890. — 250. *Benedikt*, Zur Frage der Verbrecher-Gehirne. Separatabdruck aus der „Wiener medicin. Presse", 1883. — 251. *Benedikt*, lettre ouverte; extrait du bulletin de la société de médicine mentale de Belgique 1890. — 252. *Peschel*, Völkerkunde, 4. Aufl. Leipzig 1877. — 253. *Ratzel*, Völkerkunde. Leipzig 1885. — 254. *Ranke*, Der Mensch. Leipzig 1886. — 255. *Taylor*, the origin of the Aryans. London 1892. — 256. *Schmidt*, Anthropologische Methoden. Leipzig 1888. — 257. *Meynert*, Ueber Zwangsvorstellungen. Separatabdruck aus der „Wiener klin. Wochenschrift". 1888, No. 5—7. — 258. *Meynert*, Zum Verständniss der functionellen Nervenkrankkeiten. Separatabdruck der „Wiener medicin. Blätter". 1882, No. 16, 17. — 259. *Kurella*, Bemerkungen über den 3. Congress für criminelle Anthropologie. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie etc. 1892, Nov. — 260. *Kurella*, Zur Weiterentwicklung der *Lombroso*'schen Theorie. Ibidem. — 261. *M. Müller*, chips from a german workshop. London 1867. — 262. *Wilser*, Wie traten unsre Vorfahren in die Geschichte? Tägl. Rundschau No. 307, 1892. — 263. *Virchow*, Transformismus und Descendenz. Berliner klin. Wochenschrift 1, 93. — 264. *Ziehen*, Ueber Störungen des Vorstellungsablaufs bei Paranoia. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. 24, 1892. — 265. *Tarnowsky*, Sur les organes des sens des femmes criminelles et des prostituées. Estratto dall' Archivio di Psichiatria, Scienze penali etc., vol. XIV, fasc. I, gennajo 1893. — 266. *Lombroso* u. *Laschi*, Der politische Verbrecher und die Revolutionen etc., deutsch herausgegeben von *Kurella*. Hamburg 1892. Ref. von *Kirn*, Separatabdruck.

Digitized by Google

Beiträge zur Aetiologie der allgemeinen Paralyse nebst einleitenden allgemein-statistischen Bemerkungen.

Von

Theodor Kaes in Hamburg, Friedrichsberg.

(Hierzu Tafel II—IV.)

Von 1822 an, in welchem Jahre *Bayle*[1]) mit dem Ausspruche, dass die beiden Symptomengruppen (motorische Störungen und Psychosen) nur Aeusserungen einer und derselben Krankheit seien, die Lehre der Dementia paralytica begründete, bis auf den heutigen Tag ist das Interesse für das Studium dieser Krankheit unter den Fachgenossen nicht erlahmt. Wenn schon *Simon*[2]) sagen konnte, dass keine chronische Krankheit in den sechziger Jahren so viel bearbeitet, so oft genannt worden ist als die Dementia paralytica, so gilt das auch noch für die heutige Zeit, ist ja die Literatur gerade dieser Krankheit allein in Deutschland bereits bis zur Unübersichtlichkeit angeschwollen. Und doch giebt es noch eine Menge strittiger Punkte; während die Symptomatologie in ihren Hauptzügen festgestellt zu sein scheint, wogt einerseits der alte Streit auf anatomischem Gebiete, ob die Veränderungen im Gehirn als parenchymatöse Entzündung oder als interstitielle Encephalitis zu betrachten seien, während andrerseits die Aetiologie dieser Krankheit noch immer nicht klar gestellt ist; das Verhältniss der Syphilis zur Paralyse harrt trotz vielfacher Versuche zur Lösung dieser Frage der definitiven Aufklärung; selbst die einfache Frage,

---

[1]) *Mendel*, Dementia paralytica in *Eulenburg*, Real-Encyclopädie Bd. V S. 191.

[2]) Die Gehirnerweichung der Irren. Hamburg 1871, S. 1.

Digitized by Google

ob die Paralyse in den einzelnen Ländern im Zunehmen begriffen ist oder nicht, scheint noch nicht gelöst zu sein, und so giebt es der strittigen Punkte noch viele; dass sich die Diagnose besonders in den Anfangsstadien der Krankheit mitunter recht schwierig gestaltet, bedarf kaum der Erwähnung. Mit *Reinhard*[1]) bin deshalb auch ich der Meinung, dass Jeder, der über ein einschlägiges reiches Material verfügt, dasselbe einer Prüfung unterwirft und die Resultate derselben der Beurtheilung der Fachgenossen unterbreitet.

Von diesen Erwägungen ausgehend, habe ich in den letzten 2 Jahren versucht an der Hand der Krankenjournale und Sectionsberichte von Friedrichsberg aus den Jahren 1870 bis 1889 die wichtigsten Erscheinungen der allgemeinen Paralyse am Lebenden sowohl wie an der Leiche zu verfolgen und beabsichtige ich die geeignetsten Capitel in Intervallen einem grösseren Leserkreise in dieser Zeitschrift zu unterbreiten. Da sich meine Arbeit an die *Simon*'s anschliesst, welche letztere sich hauptsächlich auf das hamburgische Krankenmaterial der sechziger Jahre stützte, während sie für die Aetiologie der späteren Zeit die Arbeit *Reinhard*'s ergänzt, so dürfte eine eingehende Behandlung der Paralysefälle von drei Jahrzehnten zu Stande kommen, sicherlich eine hinreichend grosse Anzahl von Fällen, um einige werthvolle Schlüsse aus ihnen zu ziehen. Dabei bin ich mir wohl bewusst, dass ich durch den Mangel eigener Beobachtung meinen Vorgängern *Simon* und *Reinhard* gegenüber im Nachtheil bin, doch scheinen mir die theilweise recht ausführlichen Krankengeschichten einen genügenden Untergrund für die objective Beurtheilung der darin niedergelegten Thatsachen zu geben. Ehe ich auf die Bearbeitung der Aetiologie der allgemeinen Paralyse eingehe, möchte ich nicht unterlassen auf die Arbeit *Ascher*'s[2]) hinzuweisen, die sich auf ein reiches Material von Dalldorf stützt. Ich werde wiederholt Gelegenheit finden auf übereinstimmende Resultate von *Ascher* und mir hinzuweisen.

Um zu unserem Thema überzugehen, so dürfte uns zunächst die Frage beschäftigen: Wie viele unter den Insassen einer

[1]) Beitrag zur Aetiologie der allgemeinen Paralyse etc. Allgem. Zeitschr. Bd. 41 S. 532.

[2]) Beiträge zur Kenntniss des Verlaufes und der Aetiologie der allg. Paralyse. Diese Zeitschr. Bd. 46 S. 1.

Digitized by Google

Anstalt sind paralytisch? Man könnte die Frage recht wohl auf die hamburgische Gesammtbevölkerung ausdehnen, wenn nicht die besseren Klassen Hamburgs vorzögen, ihre Kranken in auswärtigen Irrenanstalten unterzubringen. Zur Beantwortung dieser Frage habe ich die jährlichen Zu- und Abgänge tabellarisch geordnet und für die einzelnen Jahrgänge das Procentverhältniss der Paralytiker berechnet. In dem 20jährigen Zeitraume vom 1. Januar 1870 bis 31. December 1889 wurden 9148 Personen aufgenommen (4970 Männer, 4178 Frauen). Unter diesen befanden sich 1412 Paralytiker (1093 Männer und 319 Frauen). Der Procentsatz der Paralytiker betrug demnach 15,44, davon entfallen auf die Männer 21,99 pCt., auf die Frauen 7,55 pCt.

Tabelle I.

Jahrgang	Gesammtaufnahmen			Aufnahmen der Paralytiker			Procentverhältniss der Paralytiker		
	M.	F.	Sa.	M.	F.	Sa.	M.	F.	Durchschnitt
1870	220	118	338	45	9	54	20,4	7.6	16,0
1871	174	179	353	39	11	50	22,3	6,1	14,2
1872	182	174	356	45	9	54	24,2	5,2	15,2
1873	185	184	369	45	8	53	24,3	4,4	14,4
1874	179	224	403	23	13	36	12,8	5,0	8,9
1875	189	109	298	32	10	42	16,9	9,1	14,1
1876	236	210	446	45	15	60	14,8	7,1	13,5
1877	233	208	441	53	13	66	22,7	6,2	15,0
1878	292	231	523	44	11	55	15,0	4,7	10,5
1879	288	212	500	67	21	88	23,2	9,5	17,6
1880	256	205	461	51	16	67	19,9	7,8	14,5
1881	248	222	470	75	25	100	30,2	11,2	21,3
1882	259	214	473	73	22	95	24,3	10,2	20,1
1883	268	225	493	70	12	82	26,1	5,3	16,6
1884	264	206	470	54	23	77	20,4	11,1	16,4
1885	266	215	481	57	16	73	21,3	7,4	15,2
1886	334	280	614	65	21	86	19,4	7,5	14,0
1887	305	261	566	68	17	85	22,3	6,4	15,0
1888	309	253	562	77	23	100	24,9	9,1	17,8
1889	283	248	531	65	24	89	22,9	10,1	16,8
1870—89 incl.	4970	4178	9148	1093	319	1412	21,99	7,55	15,44

Der Abgang belief sich in dem gleichen Zeitraume auf 8584 Personen (4551 Männer und 4033 Frauen); darunter waren 1333 Paralytiker (1035 Männer, 298 Frauen) oder in Procenten

Digitized by Google

ausgedrückt 15,53; davon entfallen auf die Männer 22,74 pCt., auf die Frauen 7,39 pCt.

Tabelle II.

Jahrgang	Gesammtabgang			Abgang der Paralytiker			Procentsätze der Paralytiker		
	M.	F.	Sa.	M.	F.	Sa.	M.	F.	Durchschnitt
1870	178	180	358	34	5	39	19,0	2,8	10,9
1871	180	170	350	42	8	50	23,3	4,7	14,3
1872	172	159	331	46	8	54	26,7	5,0	16,4
1873	164	170	334	39	12	51	23,8	7,1	15,3
1874	174	209	383	31	14	45	17,8	6,7	11,2
1875	175	167	342	36	9	45	20,6	5,4	13,2
1876	195	191	386	48	9	57	24,6	4,7	14,8
1877	214	204	418	38	9	47	17,8	4,4	11,2
1878	211	181	392	45	7	52	21,3	3,9	13,3
1879	235	197	432	39	18	57	16,6	9,2	13,2
1880	260	186	446	60	17	77	23,1	9,1	17,3
1881	233	191	424	64	13	77	27,5	6,8	18,4
1882	260	224	484	67	23	90	25,8	10,3	18,6
1883	259	200	459	65	22	87	25,1	11,0	19,0
1884	247	212	459	62	23	85	25,1	10,8	18,5
1885	247	202	449	52	21	73	21,1	10,4	16,3
1886	275	262	537	57	25	82	20,7	9,5	15,3
1887	294	242	536	74	17	91	25,2	7,0	17,0
1888	287	229	516	73	13	86	25,4	5,6	16,7
1889	291	257	548	63	25	88	21,6	10,0	16,1
1870—89 incl.	4551	4033	8584	1035	298	1333	22,74	7,39	15,53

Berechnet man das Mittel aus den Durchschnittszahlen der Zu- und Abgänge, so ergiebt sich für die Männer 22,365 pCt., für die Frauen 7,47 pCt., für beide Geschlechter 15,485 pCt. Diese Zahlen unterscheiden sich nicht wesentlich von den in den früheren Jahren in Deutschland gefundenen, betrug doch nach *Mendel*[1]) der Zugang an Paralytikern in den preussischen Irrenanstalten im Jahre 1878 im ganzen Staate 15,7 pCt., während er in Berlin allein 24,3 pCt. betrug. Leider berichtet uns *Simon* nicht, wie das Verhältniss der Paralytiker zu den übrigen psychischen Erkrankungen in den sechziger Jahren in Hamburg war. In unsern Tabellen finden sich in den einzelnen Jahrgängen theilweise recht erhebliche Schwankungen und zwar besonders ausgeprägt bei den Männer-

[1]) *Eulenburg* Bd. V S. 200.

Digitized by Google

zugängen (Maximalunterschied 17,4 pCt.). Bei den Weibern ergeben sich wohl auch Schwankungen, doch halten sie sich in mässigen Grenzen. Während *Mendel* das Verhältniss der paralytischen Männer zu den Frauen auf 5:1 stellte, betrug dies nach *Reinhard*[1]) in Hamburg am Anfang der achtziger Jahre 3,2:1, meine eigene Rechnung ergiebt 3,44:1. Die hamburgischen Zahlen sind immer noch beträchtlicher wie die preussischen, was sich jedoch dadurch erklärt, dass die Grossstadt allein, denn die spärliche Landbevölkerung Hamburgs kommt dagegen kaum in Betracht, einem ganzen Lande gegenüber steht, gleichwohl stehen die Hamburger hinter einigen älteren französischen Angaben noch zurück. An diese Erörterungen möchte ich die Frage anschliessen: Hat die Paralyse in den letzten 20 Jahren in Hamburg zugenommen oder nicht?

Simon hob seiner Zeit bereits hervor, dass zur Beantwortung dieser Frage die Hamburger[2]) Irrenzahlen um so mehr geeignet sind, als sie ein wirkliches Bild des Verhaltens der Geisteskrankheiten in der Gesammtbevölkerung geben, was ich mit der nicht sehr wesentlichen Beschränkung für die wohlhabenden Stände bestätigen kann. Für die sechziger Jahre verneinte *Simon* eine Zunahme der Paralyse entschieden. Während nämlich die Bevölkerung des Hamburgischen Staates von 251392 Einwohnern im Jahre 1860 auf 338974 im Jahre 1870 stieg, wurden von 1860—70 Paralytiker entlassen (resp. starben): 26 — 29 — 36 — 21 — 26 — 31 — 36 — 32 — 41 — 36 — 41. Von 1870—80 stieg die Bevölkerung auf 473869 Seelen, die Abgänge der Paralyse waren: 41 — 50 — 54 — 51 — 46 — 45 — 57 — 58 — 52 — 58 — 76. Im Jahre 1890 zählte die Bevölkerung 622530 Seelen, die Paralysenabgänge von 1880—90 sind: 76 — 78 — 88 — 84 — 86 — 73 — 79 — 88 — 86 — 94. Obwohl in den letzten 5 Jahren unserer Berechnung Hamburgs Einwohnerschaft enorm wuchs (von 1885—1890 um 103910 Seelen gleich 20,1 pCt., stärker selbst als Berlin mit 20,07 pCt.), so hat sich gleichwohl die Paralyse in den sechziger und siebziger Jahren nur etwas mehr als verdoppelt, insbesondere kommt der gewaltige Bevölkerungszuwachs der letzten 5 Jahre bei den Para-

[1]) l. c. S. 549.
[2]) l. c. S. 81.

Digitized by Google

lysezu- und Abgängen nicht sonderlich zur Geltung. Im Jahre 1890 geht sogar der Abgang der Paralytiker auf 66 zurück gegenüber einem Zuwachs von 78. *Simon*'s Behauptung für die sechziger Jahre trifft somit auch für die späteren 20 Jahre für Hamburg zu. Zur Probe habe ich nach dem Vorgange von *Stark*[1]) die Zugänge in den letzten 20 Jahren graphisch dargestellt. (Beilage II.) Zum Vergleiche gebe ich 2 weitere Curven von Anstalten mit ungefähr gleicher Krankenzahl, einmal die von Stephansfeld, dann die von Prag, die nöthigen Daten zu letzterer verdanke ich der Güte des Herrn Director Dr. *Cumhelik*. Beim Vergleiche der drei Curven fällt vor Allem die grosse Aehnlichkeit der Friedrichsberger und Stephansfelder Curve in's Auge; in beiden ein langsamer Anstieg bis zu einem Maximum um die Jahre 1880—81 und dann wieder ein langsamer Abfall bis in die letzten Jahre. Anders das Bild bei Prag; dort zeigen sich nur geringe Schwankungen bis zum Jahre 1883, von wo an ein entschiedener Anstieg beginnt, energischer bei den Männern, in geringerem Grade aber auch bei den Frauen. *Stark* machte gleiche Curven für Allenberg, Schwetz, Eichberg und St. Pirminsberg, auffallender Weise zeigte letztere wie die Prager einen entschiedenen Anstieg seit den letzten sieben Jahren, während andererseits sämmtliche reichsdeutsche den gleichen Typus repräsentiren wie die beiden ersten Curven.

Heimath. Verschiedene Umstände sind es, welche bedingen, dass die Kranken, die wir in unserer Anstalt aufnehmen, nur zum geringen Theile Hamburger von Geburt sind. Schon der Charakter Hamburgs als erste Seestadt des Continents bringt es mit sich, dass wir Leute aus aller Herren Ländern haben, auch schon die Grossstadt allein führt uns immer neue Elemente aus dem Binnenlande zu, schliesslich kommt auch noch der einfache Aufnahmemodus, wie er in Hamburg üblich ist, in Betracht, es genügt nämlich ein einfaches ärztliches Attest nebst den vorgeschriebenen Legitimationspapieren zur sofortigen Aufnahme in die Irrenanstalt. Um jedoch die Heimathsverhältnisse unserer Paralytiker zu beurtheilen, ist es dienlich zu wissen, wieviele Nichthamburger der Geburt nach überhaupt in Hamburg ihren Wohnsitz haben. Aufschluss hier-

[1]) Bericht über die Verwaltung der vereinigten Bezirksirrenanstalten Stephansfeld-Hördt. Strassburg 1889.

Digitized by Google

über dürfte die von mir benutzte Tabelle über den Bevölkerungszustand am 1. December 1885 nach dem Geburtslande[1]) geben.

Tabelle III.

Geburtsland	M.	F.	Sa.	Bewohner M.	Bewohner F.	Procentantheil des Geschlechts M.	Procentantheil des Geschlechts F.	pCt. der Gesammtbevölkerung 1885	Paralytiker M.	Paralytiker F.	Procentsätze der Paralytiker M.	Procentsätze der Paralytiker F.
Hamburg — Stadt				123682	139156	47,1	52,9	50,74	374	113	0,30	0,08
Hamburg — Land				7346	8456	46,5	53,5	3,06	34	8	0,46	0,08
Billwärder	4	—	4									
Curslack	2	1	3									
Cuxhafen	2	—	2									
Dradenau	1	—	1									
Kirchwärder	3	—	3									
Moorburg	8	1	9									
Moorfleth	3	2	5									
Ochsenwärder	3	—	3									
Bergedorf	8	4	12									
Preussen:												
Prov. Schleswig-Holst.				32743	48050	40,5	59,5	15,60	121	34	0,32	0,07
- Hannover				18626	21746	46,1	53,9	7,79	124	31	0,66	0,14
- Sachsen				5778	2832	67,1	32,9	1,66	20	6	0,35	0,21
- Brandenburg				6172	3688	62,6	37,4	1,90	24	8	0,39	0,22
- Pommern				3260	1806	64,4	35,6	0,98	24	5	0,73	0,27
- Schlesien				3814	1238	75,5	24,5	0,98	14	2	0,36	0,16
- Ostpreussen				1928	1305	59,6	40,4	0,62	19	—	0,96	—
- Hessen-Nassau				2066	1153	64,2	35,8	0,62	3	1	0,14	0,08
Uebrige Provinzen				6195	3110	66,6	33,4	1,80	51	13	0,82	0,42
Mecklenburg-Schwerin				16391	15954	50,7	49,3	6,24	69	16	0,41	0,09
Sachsen				3643	1516	70,6	29,4	1,00	24	12	1,21	1,19
Lübeck				1987	2635	43,0	37,0	0,89	12	7	0,60	0,26
Oldenburg				1844	2065	47,2	52,8	0,75	8	2	0,43	0,09
Bayern				1557	602	72,1	27,9	0,82	20	5	1,28	0,83
Braunschweig				1245	793	61,1	38,9	0,39	11	4	0,88	0,50
Mecklenburg-Strelitz				1128	888	55,8	44,2	0,39	4	—	0,35	—
Bremen				651	754	46,3	53,7	0,27	1	—	0,15	—
Uebr. deutsche Staaten				5131	2167	73,1	26,9	1,41	30	7	0,58	0,32
Oesterreich-Ungarn				1327	838	61,3	38,7	0,42	14	5	1,05	0,59
Grossbritann. u. Irland				1001	651	60,6	39,4	0,32	4	2	0,39	0,31
Dänemark				920	664	58,1	41,9	0,31	3	1	0,33	0,15
Russland				557	409	57,7	42,3	0,19	4	—	0,72	—
Uebrige europ. Staaten				2526	1568	61,7	38,3	0,78	11	1	0,40	0,06
Aussereurop. -				1071	1321	44,8	55,2	0,47	1	—	0,09	—
Unbekannt				263	388	—	—	—	20	6	7,60	1,54

[1]) Statistisches Handbuch für den hamburgischen Staat, herausgegeben vom statistischen Bureau der Steuerdeputation. IV. Ausg. S. 31.

Digitized by Google

Zur Erklärung der Tabelle III möchte ich zunächst beifügen, dass man unter Landbevölkerung nur zum kleinsten Theile die auf dem Lande wohnende und Landwirthschaft treibende Bevölkerung zu verstehen hat, in der grossen Mehrzahl handelt es sich um Leute, die zwar auf dem Lande geboren sind, seit Langem jedoch in der Grossstadt leben und dort ihr Fortkommen suchen. Dass die Landwirthschaft treibende Bevölkerung keinen nennenswerthen Beitrag zur Paralyse liefert, wird später in der Berufstabelle dargelegt werden. Das Verhältniss der Hamburger von Geburt zu den Nichthamburgern beträgt 40,0:60,0. Die männliche Bevölkerung Hamburgs stellt zur Paralyse, wenn man die oben angeführten Zahlen zum Maassstabe nimmt, 39,4 pCt., die weibliche 40,6 pCt. Betrachtet man das Procentverhältniss der Paralytiker genauer, so sind es besonders die 3 Staaten Sachsen, Bayern und Oesterreich-Ungarn, welche in die Augen fallen, ersteres bei beiden Geschlechtern, die beiden anderen Staaten nur bei den Männern. Das hohe Contingent der 3 Staaten an Männern rekrutirt sich zum grossen Theile aus unverheiratheten Angehörigen des Kaufmannsstandes, die zum überwiegenden Theile sich auch unter den Alkoholikern und Luetikern vorfinden, während bei den Frauen Sachsen in hervorragender Weise bei der Prostitution betheiligt ist. Besonders interessant ist das Verhalten der Seeleute; die ohnehin nicht grosse Anzahl von Seeleuten, welche die Berufsstatistik aufweist, besteht nämlich fast zur Hälfte aus Engländern und Skandinavier, während die deutsche seemännische Bevölkerung eine auffallend geringe Betheiligung zeigt. Anscheinend sehr hoch sind die Paralysefälle unter den Unbekannten. Dieses hohe Procentverhältniss erklärt sich jedoch dadurch, dass sich diese Unbekannten zum grössten Theile eben aus Geisteskranken rekrutiren, abgesehen von einzelnen Verbrechern, die absichtlich ihre Heimath nicht wissen lassen wollen. Dies als richtig angenommen ist ein Procentsatz von 7,6 Paralytikern unter 263 geisteskranken Männern nicht sehr hoch, während die niedrige Ziffer (1,54 pCt.) der unbekannten paralytischen Frauen überhaupt nicht in's Gewicht fällt.

Alter. Zur Bestimmung des Alters der Paralytiker bin ich einen doppelten Weg gegangen. Einmal stellte ich das Alter nach dem Zeitpunkte des Eintritts in die Anstalt fest, zur zweiten Berechnung benutzte ich wie *Ascher* (l. c. S. 2) das Alter beim Eintritt des

Digitized by Google

Todes. Die letztere Berechnung ist unbedingt zuverlässiger als die erste. Ich wollte diese gleichwohl nicht übergehen, da sie das Verhältniss der Geschlechter im jugendlichen Alter zu einander besonders drastisch zeichnet. Die graphische Darstellung des Alters beim Eintritt (Beilage III) zeigt bei den Männern bis zum 27. Lebensjahre nur sporadische Fälle, von da ab nimmt die Häufigkeit bis zum 36. Jahre stetig zu, zwischen dem 36.—40. Jahre liegt das Maximum. Vom 40.—64. Lebensjahre stetige Abnahme mit häufigen Schwankungen, nach dem 64. Jahre finden sich wiederum nur sporadische Fälle. Bei den Frauen steigt die Curve nur sehr allmälig unter beständigen Schwankungen an, das Maximum liegt zwischen dem 39. und 47. Lebensjahre, der Abfall ist ebenfalls allmälig wie der Anstieg. Zwischen den Altersklassen 26 und 29 ist die Erkrankung des weiblichen Geschlechtes auch in absoluter Zahl häufiger wie die des männlichen. Die Ursache liegt in der grossen Zahl von Prostituirten, die bekanntlich schon in jungen Jahren auf die verderblichste Art und Weise auf ihre Gesundheit einstürmen, weshalb sie auch so früh der Paralyse zum Opfer fallen.

Bei der Gruppirung des Lebensalters zur Zeit des Todes habe ich den Vortheil meine Ergebnisse mit denen *Ascher's* in Dalldorf zu vergleichen und zwar bei den Männern, wo wir beide über eine beträchtliche, nicht viel von einander unterschiedene Anzahl von Fällen verfügen.

Tabelle IV.

Alter zur Zeit des Todes	Dalldorf.		Friedrichsberg.			
	Männer		Männer		Frauen	
	Zahl der Fälle	pCt.	Zahl der Fälle	pCt.	Zahl der Fälle	pCt.
20—25 Jahre	2	0,3	1	0,1	—	—
25—30 -	13	2,0	9	1,3	12	5,7
30—35 -	74	11,5	62	8,8	24	11,4
35—40 -	146	22,7	163	23,3	30	14,3
40—45 -	161	25,0	161	23,0	44	21,0
45—50 -	138	21,5	138	19,7	38	18,1
50—55 -	74	11,5	105	15,0	24	11,4
55—60 -	31	4,8	43	6,1	31	14,8
60—70 -	4	0,7	19	2,7	7	3,3

Unsere beiden Tabellen stimmen fürs Erste bei den Männern in dem Hauptpunkte überein, dass nämlich $^3/_4$ aller Fälle zwischen

Digitized by Google

dem 35.—50. Lebensjahre liegen, für meine Statistik berechnet sich die Zahl zufällig genau auf 66,0 pCt. Während nun bei *Ascher* das Alter von 40—45 als das bevorzugteste erscheint, ist es bei mir das von 35—40, doch ist der Procentunterschied beider Altersklassen ein so geringer, dass er eigentlich kaum in Betracht zu ziehen sein dürfte. Am richtigsten wird man wohl gehen, wenn man das 38.—43. Lebensjahr als dasjenige bezeichnet, in welchem die meisten paralytischen Männer dahinsterben. Bei den Frauen liegen die Verhältnisse, wie obige Tabelle zeigt, einigermaassen anders, hier ist thatsächlich wie bei *Ascher*'s Männern die Altersstufe 40—45 die am meisten betheiligte. Die Altersklasse von 35—50 stellt nicht mehr $^3/_4$ aller Fälle, sondern nur 53,4 pCt. Das Charakteristische für die Frauen ist, dass sich bei ihnen eine neue Erhebung zwischen dem 55.—60. Lebensjahre findet, vielleicht hängt dies mit dem Umstande zusammen, dass man auch eine nicht unerhebliche Anzahl von weiblichen Trinkern im höheren Alter nachweisen kann.

Familienstand nach den Abgängen geordnet.

Tabelle V.

Jahrgang	Männer					Frauen				
	ledig	verheirathet	verwittwet	geschieden	Sa.	ledig	verheirathet	verwittwet	geschieden	Sa.
1870	11	21	—	1	33	3	3	1	—	7
1871	7	31	1	3	42	2	7	—	—	9
1872	12	28	2	—	42	2	3	1	1	7
1873	11	25	—	1	37	6	6	—	—	12
1874	4	28	—	1	33	4	10	1	2	17
1875	6	28	1	1	36	3	7	—	—	10
1876	9	37	—	—	46	1	7	—	—	8
1877	15	19	—	3	37	2	5	3	—	10
1878	13	29	1	4	47	4	4	—	—	8
1879	10	27	1	3	41	5	10	2	1	18
1880	9	52	4	—	65	4	10	2	1	17
1881	15	46	4	3	68	5	7	—	—	12
1882	14	54	3	2	73	7	13	3	1	24
1883	14	47	6	1	68	3	16	3	—	22
1884	12	46	3	2	63	3	17	3	1	24
1885	14	40	1	2	57	3	13	5	5	26
1886	12	39	2	1	54	5	19	2	3	29
1887	11	60	1	1	73	4	11	2	—	17
1888	15	59	—	1	75	2	5	3	3	13
1889	13	49	2	3	67	4	19	2	1	26
Sa.	227	765	32	33	1057	72	192	33	22	319
pCt.	20,8	73,1	3,0	3,1		22,6	60,2	10,3	6,9	

Digitized by Google

Ich bemerke, dass ich bei den Geschiedenen auch den Umstand berücksichtigt habe, ob die andere Ehehälfte noch am Leben oder bereits todt war, so dass diese zweimal gezählt wurden, erst bei den Verheiratheten oder Verwittweten, dann wieder bei den Geschiedenen, wodurch sich erklärt, dass die Hauptsumme aller Abgänge in dieser Tabelle um 43 überschritten wird. Auch in unserer Statistik fällt die relativ hohe Anzahl der Ledigen beider Geschlechter auf; unter 72 ledigen Frauenzimmern sind 41=58 pCt. Prostituirte; unter den verheiratheten, verwittweten und geschiedenen Frauen konnte ich nur 12 frühere Prostituirte nachweisen. Dass der Procentantheil der verwittweten und geschiedenen Frauen den der Männer ums Dreifache und Doppelte übertrifft, wird sich einerseits für Erstere daraus zu erklären haben, dass die Männer in jüngeren Jahren der Paralyse zu erliegen pflegen, als die Frauen, andererseits aber dadurch, dass Erkrankungen an Paralyse im späteren Alter bei den Frauen häufiger zu sein scheinen wie bei den Männern, bei den geschiedenen Frauen hingegen kann man mit Sicherheit annehmen, dass geschlechtliche Excesse die Hauptrolle spielen, ein Umstand, der sich, wie ich schon oben zeigte, ja auch bei den ledigen Frauenzimmern sehr zur Geltung bringt.

Beruf. Als Berufsschema für die Männer habe ich dasjenige gewählt, welches nach dem Reichsgesetze vom 13. Februar 1882 für die Erhebung einer allgemeinen Berufsstatistik vorgeschrieben worden ist, nebenbei habe ich auch bei den einzelnen Haupt- und Untergruppen die Altersverhältnisse beim Eintritt berücksichtigt. Meine Berufsstatistik hat den bedeutenden Mangel der geringen Berücksichtigung der Leute aus den gebildeten und vermöglichen Ständen, dieser Mangel wird jedoch reichlich ausgeglichen durch die grosse Anzahl von Paralysen aus den mittleren- und unteren Ständen.

Tabelle VI.

Gruppen und einzelne Beschäftigungszweige	Gruppenzahl	pCt.	Krankenzahl der einzelnen Beschäftigungszweige	Alter				
				20—30 Jahre	30—40 Jahre	40—50 Jahre	50—60 Jahre	über 60 Jahre
1. Landwirthschaft, Viehzucht, Forstwirthschaft	11	1,06		1	1	6	3	—
Landwirthe			6	1	1	3	1	—
Gärtner.			5	—	—	3	2	—

Digitized by Google

Gruppen und einzelne Beschäftigungszweige	Gruppenzahl	pCt.	Krankenzahl der einzelnen Beschäftigungszweige	Alter				
				20—30 Jahre	30—40 Jahre	40—50 Jahre	50—60 Jahre	über 60 Jahre
2. Fischer, Schiffer, Seeleute	**87**	**3,57**		**8**	**14**	**11**	**8**	**1**
Fischer			1	—	—	1	—	—
Schiffer			7	—	3	3	1	—
Ewer- und Jollenführer			13	—	7	4	2	—
Schiffscapitäne			4	—	1	—	2	1
Steuerleute			4	1	1	—	2	—
Bootsleute			1	—	1	—	—	—
Matrosen			7	2	1	3	1	—
3. Industrie der Steine und Erden	**11**	**1,06**		**1**	**4**	**5**	**1**	—
Krüger			1	—	—	1	—	—
Steinbrügger			2	—	1	1	—	—
Former			2	—	1	1	—	—
Töpfer			6	1	2	2	1	—
4. Metallverarbeitung	**40**	**3,86**		—	**20**	**14**	**6**	—
Silberschmelzer			1	—	—	1	—	—
Metalldreher			2	—	—	2	—	—
Klempner			9	—	7	2	—	—
Goldschmiede			7	—	3	2	2	—
Kupferschmiede			11	—	5	3	3	—
Hufschmiede			2	—	2	—	—	—
Nagelschmiede			4	—	—	3	1	—
Schlosser			4	—	3	1	—	—
5. Fabrication von Maschinen, Werkzeugen, Instrumenten	**31**	**3,00**		**1**	**10**	**16**	**2**	**2**
Mechaniker			10	1	3	4	1	1
Maschinenbauer			10	—	5	5	—	—
Instrumentenmacher			5	—	1	3	1	—
Werkzeugmacher			1	—	—	—	—	1
Wagenbauer			3	—	—	3	—	—
Uhrmacher			2	—	1	1	—	—
6. Chemische Industrie	**28**	**2,22**		**2**	**8**	**7**	**6**	—
Vergolder			3	1	—	—	2	—
Maler			16	—	7	6	3	—
Lackirer			2	—	—	1	1	—
Färber			2	1	1	—	—	—
7. Industrie der Heiz- und Leuchtstoffe	**6**	**0,58**		—	**2**	**3**	**1**	—
Laternenanzünder			2	—	—	2	—	—
Kohlenträger			4	—	2	1	1	—
8. Textilindustrie	**9**	**0,86**		**1**	**3**	**5**	—	—
Strumpfwirker			2	—	1	1	—	—
Tapezirer			4	—	2	2	—	—
Segelmacher			3	1	—	2	—	—

Digitized by Google

Gruppen und einzelne Beschäftigungszweige	Gruppenzahl	pCt.	Krankenzahl der einzelnen Beschäftigungszweige	Alter				
				20—30 Jahre	30—40 Jahre	40—50 Jahre	50—60 Jahre	über 60 Jahre
9. Papier- und Lederindustrie	**11**	**1,06**		—	**4**	**5**	**2**	—
Buchbinder			3	—	—	3	—	—
Paginirer			2	—	—	—	2	—
Sattler			4	—	2	2	—	—
Gerber			2	—	2	—	—	—
10. Industrie der Holz- und Schnitzstoffe	**52**	**5,07**		—	**20**	**21**	**10**	**1**
Drechsler			1	—	1	—	—	
Tischler			39	—	14	18	7	—
Küper			6	—	4	1	—	1
Blockmacher			2	—	1	—	1	—
Holzschneider			2	—	—	2	—	—
Korbmacher, Rohrflechter			2	—	—	—	2	—
11. Industrie der Nahrungs- und Genussmittel	**78**	**7,10**		—	**21**	**38**	**18**	**1**
Schlachter			18	—	9	8	1	—
Bäcker			16	—	2	6	7	1
Köche			2	—	1	1	—	—
Müller			1	—	1	—	—	—
Conditoren			1	—	1	—	—	—
Cigarrenmacher			35	—	7	23	5	—
12. Gewerbe der Bekleidung und Reinigung	**64**	**6,18**		—	**25**	**28**	**13**	**3**
Schneider			21	—	5	8	7	1
Schuhmacher			28	—	11	10	5	2
Hutmacher			5	—	3	2	—	—
Kürschner			6	—	4	2	—	—
Kammmacher			1	—	—	—	1	—
Bürstenbinder			1	—	—	1	—	—
Bleicher			2	—	2	—	—	—
13. Baugewerbe	**57**	**5,50**		—	**17**	**23**	**15**	**2**
Bauarbeiter			7	—	2	2	3	—
Maurer			22	—	7	11	3	1
Zimmerleute			27	—	7	10	9	1
Schieferdecker			1	—	1	—	—	—
14. Polygraphische Gewerbe	**4**	**0,38**		—	**2**	—	**2**	—
Buchdrucker			2	—	1	—	1	—
Lithographen			1	—	—	—	1	—
Correcteure			1	—	1	—	—	—
15. Handels- und Versicherungswesen	**210**	**20,29**		**4**	**86**	**69**	**47**	**4**
Kaufleute			82	1	32	26	20	3
Commis			30	1	23	4	2	—

Digitized by Google

Gruppen und einzelne Beschäftigungszweige	Gruppenzahl	pCt.	Krankenzahl der einzelnen Beschäftigungszweige	Alter				
				20—30 Jahre	30—40 Jahre	40—50 Jahre	50—60 Jahre	über 60 Jahre
Concursverwalter			1	—	—	1	—	—
Makler			15	1	3	8	3	—
Buchhalter			1	—	—	1	—	—
Quartiersleute			3	1	1	1	—	—
Agenten			13	—	6	5	2	—
Spediteure			2	—	1	1	—	—
Commissionäre u. Vermittler			6	—	2	2	2	—
Krämer und Händler			57	—	18	20	18	1
16. Verkehrswesen	**32**	**8,09**		**2**	**15**	**9**	**5**	**1**
Kutscher			15	1	6	6	2	—
Locomotivführer			2	—	1	—	1	—
Heizer			6	1	3	1	1	—
Schaffner			1	—	—	1	—	—
Weichensteller			1	—	1	—	—	—
Telegraphisten			1	—	—	1	—	—
Briefträger			1	—	1	—	—	—
Packer			2	—	1	—	1	—
Strassenkehrer			3	—	2	—	—	1
17. Beherbergung und Erquickung	**71**	**6,87**		—	**39**	**22**	**8**	**2**
Wirthe			33	—	20	9	2	2
Weinhändler			6	—	3	1	2	—
Stewarts und Kellner			11	—	4	5	2	—
Hausknechte			15	—	6	7	2	—
Bierführer			4	—	4	—	—	—
Weinküfer			2	—	2	—	—	—
18. Persönliche Dienstleistungen aller Art	**12**	**1,15**		—	**2**	**7**	**3**	—
Dienstmänner			5	—	1	3	1	—
Fremdenführer			3	—	—	2	1	—
Brotträger			2	—	1	—	1	—
Colporteure			2	—	—	2	—	—
19. Krankendienst und Gesundheitspflege	**17**	**1,64**		—	**5**	**6**	**5**	**1**
Aerzte			7	—	1	3	2	1
Apotheker			5	—	2	2	1	—
Friseure und Barbiere			4	—	2	1	1	—
Badewärter			1	—	—	—	1	—
20. Erziehung, Unterricht, Musik	**18**	**1,78**		**1**	**5**	**8**	**4**	—
Höhere und Volksschullehrer			4	—	3	1	—	—
Sprachlehrer			3	1	—	1	1	—
Musiklehrer			2	—	1	1	—	—
Tanzlehrer			4	—	—	3	1	—
Musiker			5	—	1	2	2	—

Digitized by Google

Gruppen und einzelne Beschäftigungszweige	Gruppenzahl	pCt.	Krankenzahl der einzelnen Beschäftigungszweige	Alter				
				20—30 Jahre	30—40 Jahre	40—50 Jahre	50—60 Jahre	über 60 Jahre
21. Künste, Literatur, Presse	**26**	**2,51**		—	**5**	**13**	**5**	**3**
Architecten			7	—	—	5	1	1
Ingenieure incl. Dampfermaschinisten			9	—	—	5	4	—
Bildhauer			1	—	—	—	—	1
Redacteure			1	—	1	—	—	—
Schauspieler			8	—	4	3	—	1
22. Kirche, Gottesdienst, Todtenbestattung	**1**	**0,09**		—	—	**1**	—	—
Prediger			1	—	—	1	—	—
23. Staats- u. Gemeindebeamte	**26**	**2,51**		—	**7**	**12**	**7**	—
Justizbeamte (höhere)			1	—	—	1	—	—
Bahn-, Post-, Steuerbeamte			8	—	4	1	3	—
Gefängnissbeamte			2	—	—	2	—	—
Diverse Beamte			15	—	3	8	4	—
24. Schreiber, Boten, sonstige Angestellte	**24**	**2,81**		—	**12**	**11**	**1**	—
Schreiber			10	—	5	5	—	—
Boten			7	—	3	4	—	—
Cassirer			2	—	2	—	—	—
Siel- und Schleusenwärter			2	—	1	—	1	—
Ober- und Unterwächter			2	—	1	1	—	—
Gefängnisswärter			1	—	—	1	—	—
25. Heer, Polizei, Constabler	**7**	**0,67**		—	**4**	**2**	**1**	—
Officiere			1	—	—	—	1	—
Officianten			2	—	2	—	—	—
Constabler			4	—	2	2	—	—
26. Rentiers	**12**	**1,15**		—	**4**	**3**	**3**	**2**
27. Hafenarbeiter und Schauerleute	**29**	**2,80**		—	**11**	**12**	**6**	—
28. Gelegenheitsarbeiter	**118**	**10,40**		**4**	**35**	**57**	**19**	**3**
29. Ohne weitere Angabe	**3**	**0,29**		—	**1**	**1**	**1**	—

Unter den verschiedenen Berufsarten stehen die Kaufleute obenan mit 210 Personen = 20,29 pCt., was seine genügende Erklärung darin findet, dass allein 57,54 pCt. aller Gewerbebetriebe bei der Zählung vom Jahre 1885/86 auf den Handel und dessen Hülfsgewerbe fielen, wie auch unter den Arbeitern die in kaufmän-

Digitized by Google

nischen Betrieben beschäftigten besonders reichlich vertreten sind. In zweiter Linie kommen die Gelegenheitsarbeiter mit 10,40 pCt., was wohl mit der kümmerlichen, ungleichmässigen Ernährung, der unregelmässigen Lebensweise und dem nur allzuhäufigen Schnapsgenuss dieser Leute zusammenhängt. In dritter Reihe folgen die beiden Gruppen der Industrie der Nahrungs- und Genussmittel mit 7,10 pCt. und der Beherberbung und Erquickung mit 6,87 pCt. Die Erklärung dürfte zum Theil auch bei diesen beiden Gruppen in dem unregelmässigen Leben, den vielen Nachtwachen und in erhöhtem Alkoholgenuss zu suchen sein. Unter den eigentlichen Gewerben spielen nur das Baugewerbe, Bekleidung und Reinigung sowie die Industrie der Holz- und Schnitzstoffe eine hervorragendere Rolle. Von den einzelnen Gewerben stehen die Tischler mit 39 Personen an der Spitze, sie übertreffen sogar noch die Anzahl der Wirthe (33), ihnen am nächsten stehen die Cigarrenarbeiter mit 35, und in ziemlich gleicher Anzahl die Schuhmacher, Zimmerleute, Maurer, Schneider, Schlachter, Bäcker und Kutscher. Eine besondere Bevorzugung der Feuerarbeiter, Bäcker, Köche (*Moreau*) konnte ich ebensowenig wie *Ascher* constatiren. Die Ursache der geringen Betheiligung der gebildeten und wohlhabenden Stände habe ich bereits in der Einleitung erwähnt. Bei den Frauen habe ich auf eine tabellarische Anordnung verzichtet, ich begnüge mich mit einer kurzen Mittheilung meiner Resultate. Auf die grosse Bedeutung der Prostitution (53 Fälle) für die Paralyse hinzuweisen, hatte ich schon wiederholt Gelegenheit. Entsprechend der grossen Anzahl von Kaufleuten und Gelegenheitsarbeitern bei den Männern stehen auch bei den Frauen die Arbeiterinnen mit 51 Personen obenan, Kaufmanns-, Händlers- und Rentiersfrauen zählen zusammen 32; Gastwirthsfrauen sind 18 notirt. Näherinnen und Wäscherinnen 14. Von den Gewerbetreibenden stehen die Frauen der Schneider (12) an der Spitze, dann kommen die der Tischler (9), das Baugewerbe stellt mit 5 und 7 ein auffallend geringes Contingent. Ausser den Kaufmannsfrauen finden sich von gebildeten Damen nur 5 Schauspielerinnen, gegen 8 Schauspieler ein sehr hoher Procentsatz. Die beigegebenen Altersangaben für die Männer dürften zu besonderen Schlüssen nicht berechtigen.

Aetiologie. — Unter den ätiologischen Momenten für die Geisteskrankheiten hat die erbliche Veranlagung von jeher eine

Digitized by Google

hervorragende Stellung eingenommen. Geht man nun von der Anschauung aus, dass für die Entwickelung der allgemeinen Paralyse Ueberanstrengung, Sorgen und Kümmernisse im täglichen Leben, die mannigfaltigen Excesse in baccho et venere den günstigsten Untergrund abgeben, dann kommt man folgerichtig zu der Vermuthung, dass die erbliche Veranlagung bei der Paralyse etwas mehr in den Hintergrund treten müsse. Dies spricht sich auch, wie *Ascher*[1]) anführt, in den meisten Statistiken aus. *Ascher* selbst hat bei seinen Kranken eine erbliche Anlage bei 31 pCt. gefunden und zwar dadurch, dass er nur diejenigen 356 Fälle berücksichtigte, in welchen über erbliche Veranlagung bestimmte Auskunft zu erhalten war. *Simon*[2]) fand erbliche Anlage bei $^1/_2$ seiner Kranken. *Reinhard*[3]) fand unter 1762 Fällen nicht paralytischer Geisteskranker 517 mit Heredität, d. h. also 29 pCt. Unter den 328 Paralytikern waren dagegen 70 oder 21,2 pCt. mit hereditärer Belastung; bei 74 syphilitisch gewesenen Paralytikern liess sich sogar in 22,9 pCt. Erblichkeit nachweisen. Ich selbst habe geglaubt alle Fälle berücksichtigen zu müssen, da, wie unsere Jahresberichte beweisen, wir bei dem reichlichen Verkehr der Kranken mit den Angehörigen und somit auch letzterer mit den Aerzten im ganzen Grossen über die erbliche Veranlagung meist recht gute Auskunft bekommen, zumal was diejenigen Kranken betrifft, die schon längere Zeit in Hamburg wohnen, die ja auch das Gros unserer Kranken ausmachen, dass jedoch gerade die Paralyse bei anamnestischen Erhebungen ihre Schwierigkeiten bietet, wird Niemand läugnen, der mit derartigen Kranken umzugehen hat. Kommen doch gerade bei dieser Krankheit nicht selten Leute zur Aufnahme, die selbst nicht mehr im Stande sind Auskunft zu ertheilen, doch gelingt es auch hier in manchen Fällen durch die behördliche Correspondenz mit auswärtigen Angehörigen in Verbindung zu treten und die anamnestischen Anhaltspunkte nachträglich zu beschaffen oder zu berichtigen.

Ich konnte bei unseren Kranken erbliche Belastung in 247 Fällen = 18,5 pCt. nachweisen; auf die Männer entfallen 191 Fälle = 18,4 pCt., auf die Frauen 62 = 20,8 pCt. Die beträchtliche An-

[1]) l. c. S. 12.
[2]) l. c. S. 83.
[3]) l. c. S. 541.

Digitized by Google

zahl von Trinkern, Syphilitischen und Tabikern veranlasste mich bei Anfertigung der nachfolgenden Tabellen das Verhalten dieser 3 Gruppen zur Erblichkeit zu berücksichtigen, der Einfachheit halber habe ich alle diesen 3 Gruppen nicht angehörenden Fälle unter dem Sammelnamen der „einfachen Paralyse“ zusammengefasst.

Tabelle VII.

1. Directe Belastung von Seiten der Eltern.

a) Von Seiten des Vaters.

Art der Belastung	Männer				Frauen				Summe der Männer	Summe der Frauen	Totalsumme
	einfache Paralyse	Lues	Tabes	Potus	einfache Paralyse	Lues	Tabes	Potus			
Vater geisteskrank (ausser Paralyse)	8	—	1	5	3	—	—	2	14	5	19
Vater paralytisch	2	1	—	1	1	—	—	1	4	2	6
- epileptisch	1	—	—	1	—	—	—	—	2	—	2
- nervös excentrisch	3	—	—	—	—	1	—	—	3	1	4
- Apoplexie	6	1	—	—	4	1	—	—	7	5	12
- Selbstmord	1	2	2	2	1	—	—	—	3	1	4
- Trinker	10	2	2	10	1	—	—	1	24	2	26
Summe	31	6	5	19	10	2	—	4	57	16	73

b) Von Seiten der Mutter.

Mutter geisteskrank (ausser Paralyse)	11	2	2	5	6	1	—	—	20	7	27
Mutter Puerperalpsychose	1	1	—	—	—	—	—	—	2	—	2
- epileptisch	3	—	1	—	2	—	—	—	4	2	6
- nervös, excentrisch	—	1	—	1	—	1	—	—	2	1	3
- Apoplexie	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	2
Summe	15	4	3	6	10	2	—	—	28	12	40

2. Von Seiten der Geschwister.

a) Brüder:

Bruder geisteskrank (ausser Paralyse)	9	4	2	2	3	1	—	1	17	5	22
Bruder paralytisch	3	1	—	1	2	—	—	—	5	2	7
- epileptisch	2	—	—	1	—	—	—	—	3	—	3
- Apoplexie	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1
- Selbstmord	2	—	1	2	—	—	—	—	5	—	5
- Trinker	5	—	—	6	—	—	—	—	11	—	11
- Verbrecher	1	—	—	1	—	—	—	—	2	—	2
Summe	22	5	3	13	6	1	—	1	43	8	51

Digitized by Google

b) Schwestern:

Art der Belastung	Männer				Frauen				Summe der Männer	Summe der Frauen	Totalsumme
	einfache Paralyse	Lues	Tabes	Potus	einfache Paralyse	Lues	Tabes	Potus			
Schwester geisteskrank. (ausser Paralyse)	12	1	1	2	7	—	—	1	16	8	24
Schwester paralytisch .	2	—	—	—	1	—	-	—	2	1	3
- epileptisch .	2	2	2	—	4	—	1	—	6	5	11
- nervös, hysterisch	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1
- Apoplexie . .	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1
Summe	16	3	3	2	14	—	1	1	24	16	40

3. Belastung durch entferntere Verwandte.

Grosseltern väterliche .	3	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3
- - mütterliche.	2	1	—	—	—	—	—	—	3	—	3
Onkel väterlich . . .	2	1	—	4	—	—	—	—	7	—	7
- mütterlich . . .	—	1	—	1	—	—	—	—	2	—	2
Tanten väterlich . . .	5	—	1	—	—	—	—	—	6	—	6
- mütterlich . .	2	—	—	1	2	—	—	1	3	3	6
Neffen	2	1	1	—	—	—	—	—	4	—	4
Nichten	—	—	1	—	1	—	—	—	1	1	2
Cousins	3	1	1	—	1	1	—	—	5	2	7
Cousinen	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Summe	20	5	4	6	4	1	—	1	35	6	41

Will man entscheiden, ob der väterliche oder mütterliche Einfluss bei der Uebertragung der hereditären Anlage überwiegt, so muss ein entschiedenes Ueberwiegen des väterlichen Einflusses auch nach meinen Resultaten bejaht werden. In Procentsätzen gegenüber der Gesammtheredität ist der väterliche Einfluss 29,4 pCt., während der mütterliche nur 16,2 pCt. beträgt. Meine Tabellen zeigen gleichzeitig, worin dieses Ueberwiegen zu suchen ist; zieht man nämlich Selbstmord und Trunksucht der Väter von der Gesammtsumme ab (73—30), so sind die beiden Hauptsummen für väterliche und mütterliche Belastung fast gleich (43 : 40). Die Beziehung zwischen Trunksucht und Geisteskrankheit tritt ausserdem in der grossen Anzahl erblich veranlagter Trinker zum Vorschein, was sich besonders drastisch beim Einfluss durch die männlichen

Digitized by Google

Familienangehörigen ausspricht. Weiter geht aus meinen Tabellen hervor, dass der mütterliche Einfluss bei den einfachen Psychosen den väterlichen überwiegt. Die Belastung von Seiten der Brüder und Schwestern zeigt nicht mehr die erhebliche Differenz wie die bei den Vätern und Müttern, nach Procentsätzen fällt auf die Brüder 20,6, auf die Schwestern 16,2. Das Mehr bei den Brüdern ist gleichfalls auf Selbstmorde und Trunksucht zurückzuführen, während die weibliche Seite bei den einfachen Psychosen und der Epilepsie stärker vertreten ist. Bei der Beanlagung durch entferntere Blutsverwandte sind die männlichen Angehörigen mit $^5/_6$ die weiblichen nur mit $^1/_6$ betheiligt, die Trunksucht spielt hier nicht mehr die gleich hervorragende Rolle wie in den früheren Gruppen. Paralyse war in 16 Fällen vorhanden, Schlaganfälle gleichfalls in 16, bei letzteren ist die Veranlagung von Seiten des Vaters fast die ausschliessliche, Selbstmorde fanden sich nur bei männlichen Familienmitgliedern. Was das Verhältniss der Untergruppen (Lues, Tabes, Potus) zur Erblichkeit betrifft, so möchte ich kurz noch erwähnen, dass auf die einfachen Paralysefälle weit über die Hälfte entfällt, nämlich 59 pCt. Diesen am nächsten stehen die mit Trunksucht complicirten Fälle mit 25,9 pCt. Wie zu erwarten, ist der Antheil der übrigen beiden Gruppen ein relativ kleiner, die Syphilis ist mit 11,8 pCt., die Tabes gar nur mit 7,9 pCt. betheiligt. Ausser den 6 Fällen, in denen Paralyse bereits in der Ascendenz vorhanden war, wurden 8 Söhne und 4 Töchter von unseren Paralytikern in der Anstalt an anderen Psychosen behandelt, 4mal ging die Veranlagung von der väterlichen, 8mal von der mütterlichen Seite aus. Der Sohn eines Paralytikers erkrankte an Tabes, der Sohn eines anderen litt im 19. Lebensjahre $^3/_4$ Jahre lang an Schwindelanfällen, der Sohn einer Paralytika litt an Epilepsie, die Tochter einer anderen erkrankte an Melancholie, kam aber nicht in Anstaltsbehandlung, der Sohn einer Dritten liess sich mit seiner Schwiegermutter in geschlechtlichen Verkehr ein. — Bei den Erörterungen über Geisteskrankheiten in der Descendenz drängt sich dem Beobachter unbedingt die Frage auf, wie es eigentlich mit dem Kinderreichthum oder der Fortpflanzungsfähigkeit der verheiratheten Paralytiker überhaupt steht. Es leuchtet ein, dass gerade diese Frage für die Erforschung des Verhältnisses der Syphilis

Digitized by Google

einerseits zur Tabes, andererseits zur allgemeinen Paralyse einen eminenten Werth besitzt. Gestützt auf diese Erwägungen, ging ich daran, auch bei unseren Paralytikern nach dieser Richtung Umschau zu halten. Darüber war ich mir von vornherein klar, dass meine Resultate bei den theilweise mangelhaften Anamnesen nur einen zweifelhaften Werth besitzen, es soll die Sache auch nur als ein Versuch gelten. Vielleicht übernimmt es ein Anderer, auf Grund von ganz zuverlässigen Recherchen diese Frage zu behandeln, ich möchte mich damit bescheiden, zur weiteren Untersuchung dieser hochinteressanten Sache eine kleine Anregung gegeben zu haben.

Zur Sache selbst hatte ich 2 Quellen zur Verfügung, einmal die Krankenjournale selbst, dann für die Jahre 1879—1889 die Aufnahmeacten, auf welchen theils nach Angaben der Angehörigen, theils nach behördlichen Recherchen die lebenden unmündigen Kinder ausdrücklich angeführt waren. Dass man die Angaben der Kranken selbst nur mit Vorsicht benutzen kann, ist an und für sich klar, beweisen überdies auch zahlreiche Vergleiche der Angaben der Kranken mit den officiellen Nachweisen. Auch hier habe ich vorgezogen die Ergebnisse zur besseren Uebersicht in einer Tabelle zusammenzustellen, auf eine Vergleichung nach Procenten habe ich verzichtet, da man es doch mit unsicheren, für die Syphilis jedenfalls ungenügenden Zahlen zu thun hat.

Tabelle VIIIa.

Ohne Berücksichtigung der Kinderzahl	einfache Paralyse		Lues		Tabes		Potus		Summe		Totalsumme
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	
Ehe kinderlos	58	27	23	10	16	2	30	5	137	44	181
Von 2 Ehen eine kinderlos	3	1	—	1	—	—	1	—	4	2	6
Aborte und Frühgeburten	1	6	7	6	1	—	3	3	12	15	27
Todtgeburten	3	—	3	3	—	—	1	—	7	3	10
Kinder früh gestorben .	20	22	7	9	1	5	10	7	38	43	81
Summe aller kinderlosen Ehen	85	56	40	29	18	7	45	15	198	107	305
Ehen mit lebensfähigen oder erwachsenen Kindern	142	72	38	6	33	4	39	10	252	92	344

Digitized by Google

Tabelle VIIIb.

Mit Berücksichtigung der Kinderzahl		einfache Paralyse		Lues		Tabes		Potus		Summe		Totalsumme
		M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	
Todtgeburten (Aborte, Frühgeburten) . . .		4	14	21	21	2	—	7	3	34	38	72
Kinder früh gestorben .		41	75	22	21	8	13	32	9	103	118	221
Zahl der lebensfähigen meist erwachsenen Kinder	1	37	30	9	2	8	2	10	5	64	39	103
	2	35	13	10	2	7	—	7	2	59	17	76
	3	31	11	8	—	8	—	13	1	60	12	72
	4	25	11	4	—	4	—	3	1	36	12	48
	5	5	4	2	1	3	—	4	—	14	5	19
	6	5	—	2	—	3	—	—	1	10	1	11
	7	2	—	—	1	—	1	1	—	3	2	5
	8	1	—	1	—	—	1	—	—	2	1	3
	9	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1
	10	1	—	1	—	—	—	1	—	3	—	3
	11	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
	12	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	14	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1

Aus der Tabelle VIIIa ist ersichtlich, dass nur etwas über die Hälfte unserer Paralytiker derartige Kinder erzeugten, denen eine längere Lebensdauer beschieden war. Unverhältnissmässig gross ist die Anzahl der kinderlosen Ehen, sie bilden fast ein Drittel aller Ehen. Die Aborte und Frühgeburten sind zwar der Zahl nach nicht sehr bedeutend im Verhältniss zur Gesammtzahl der Ehen, sie gewinnen aber an Bedeutung, wenn man sie einerseits mit der Gesammtzahl der lebensfähigen Kinder, andererseits mit der Durchschnittszahl der todtgebornen Kinder in der hamburgischen Bevölkerung überhaupt in Vergleich bringt. Wie die Tabelle VIIIb zeigt, hält sich der Kinderreichthum in den mit Kindern gesegneten Ehen Paralytischer in bescheidenen Grenzen, über 6 Kinder in einer Ehe treten nur sporadisch auf, im Allgemeinen kann man wohl sagen, dass die paralytischen Männer kinderärmer sind als die paralytischen Frauen, was sich jedoch schon dadurch erklärt, dass die Frauen bedeutend früher heirathen als die Männer. Dieses Verhältniss ist um so ausgeprägter, je höher die Kinderzahl steigt. Ich möchte nunmehr das Verhältniss unserer Todtgeburten zu den Todtgeburten in der Bevölkerung überhaupt mit einigen Worten beleuchten.

Digitized by Google

Nach der medicinischen Statistik der Geburten[1]) im Jahre 1891 betrugen die Geburten in diesem Jahre 22,256 = 37,5 auf 1000 Einwohner; unter diesen waren 705 Todtgeburten, somit auf 1000 Geburten 31,6 Todtgeburten. Die ungefähre Zahl unserer Geburten beträgt 1252, die Zahl unserer Todtgeburten 72, somit treffen bei den Paralytikern auf 1000 Geburten 57,6 Todtgeburten, also fast das Doppelte von den allgemeinen hamburgischen Zahlen. Zieht man auch noch die Zahl der frühgestorbenen Kinder in Betracht, dann ergiebt sich, dass unter 1000 Geburten Paralytischer 234 keine Anwartschaft auf ein längeres Leben haben, abgesehen von dem Umstande, dass 27,8 pCt. der Ehen Paralytischer überhaupt kinderlos bleiben, dass bei den Todtgeburten mehr auf die paralytischen Frauen als auf die Frauen von Paralytikern kommen, ist schon bei einem Blick auf die Tabelle zu sehen, genau berechnet sich das Verhältniss auf 40,2 bei den Frauen Paralytischer, gegen 93,5 bei den paralytischen Frauen.

Syphilis. Von einschneidender Bedeutung für die Aetiologie der Paralyse ist die Klarstellung ihres Zusammenhanges mit der Syphilis. Von *Jessen* an, der zuerst entschieden darauf hingewiesen, und besonders seit *Kjelberg* hat diese Frage nicht aufgehört das Interesse der Forscher zu fesseln, zumal als in neuerer Zeit auf *Erb-Fournier*'s Autorität hin auch die Syphilistabesfrage wieder von Neuem in Fluss gerieth. Eröffnete sich doch für die Paralyse ebenso wie für die Tabes die Aussicht, dass mit einer erfolgreicheren Bekämpfung der Syphilis mit therapeutischen und hygienischen Maassregeln, als es jetzt geschieht, zu gleicher Zeit dem weiteren Umsichgreifen dieser beiden Krankheiten eine Schranke gesetzt würde. *Simon*[2]) war der Ueberzeugung, dass die Syphilis viel öfter die Ursache der Paralyse sei, als man damals gewöhnlich annahm. *Reinhard* kommt am Ende seiner ausführlichen und eingehenden Arbeit zu dem Schlusse, dass die Syphilis nur als eine der prädisponirenden Ursachen der Paralyse angesehen werden kann. *Mendel*[3]) hält sie unzweifelhaft für einen erheblichen Factor in der Aetiologie der Dementia paralytica, sie sei aber kaum als

[1]) Bericht des Medicinalinspectors über die medicinische Statistik des hamburgischen Staates für das Jahr 1890, S. 5.

[2]) l. c. S. 83.

[3]) *Eulenburg*, Real-Encyklopädie Bd. V, S. 210.

Digitized by Google

directe Ursache derselben zu bezeichnen, so dass man die Paralyse nicht als syphilitische Hirnerkrankung bezeichnen könne. Ich selbst wurde mir bei der Bearbeitung dieser Frage nur zu sehr bewusst, wie wahr *Rumpf*[1]) spricht, wenn er die grossen Anstalten eigentlich nicht für den geeigneten Ort hält, die Beziehungen der Paralyse zu der Syphilis zu erforschen. Vor Allem ist der Umstand störend, dass der Grad der Sorgfalt, den die einzelnen Beobachter dem Studium dieses Verhältnisses widmeten, ein sehr verschiedener zu sein pflegt, wie aus unseren Krankenjournalen hervorgeht. Es ist eine bekannte Thatsache, dass vorausgegangene Syphilis besonders häufig bei den gebildeten und vermöglichen Ständen constatirt wird; so trafen nach *Obersteiner*[2]) Syphilis und Geistesstörung mit Lähmung bei 33,7 pCt. seiner Kranken zusammen; er fand ferner, dass 88,9 pCt. jener ehemals mit Syphilis behafteten Personen, welche später als geisteskrank nach Ober-Döbling kamen, der progressiven Paralyse verfielen. *Mendel*[3]) hatte im Jahre 1879 bei seinen Beobachtungen in 75 pCt. die Coincidenz von Syphilis und Paralyse gefunden gegenüber 18 pCt. syphilitischer Infectionen bei anderen primären Geistesstörungen. Die Ursache für diese Erscheinung liegt wohl in den modernen Verhältnissen, welche dem gebildeten Manne meist erst im reiferen Alter die Heirath ermöglichen und ihn nicht selten zur Befriedigung seiner Geschlechtstriebe der Prostitution in die Arme treiben, während der einfache Mann einerseits früh heirathet, andererseits durch Anknüpfung von Verhältnissen mit Dienstmädchen etc. wohl zu unehelichen Kindern, seltener dagegen zur geschlechtlichen Infection gelangt. Nunmehr zu meinen Ergebnissen. Die Gesammtzahl der von mir gefundenen syphilitischen Paralytiker betrug 231 = 17,35 pCt. (158 Männer, 73 Frauen, letztere mit Einschluss der Prostituirten). Für die Männer berechnet sich der Procentsatz auf 15,26, für die Frauen auf 24,5. *Reinhard*[4]) stellte bei den von ihm beobachteten Fällen den Gesammtprocentsatz auf 22,4 pCt. fest, für die Männer auf 20,1,

[1]) Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Wiesbaden 1887, S. 284.

[2]) Die Privatirrenanstalt Ober-Döbling. S. 111.

[3]) *Binswanger*, Festschrift zum 25jährigen Jubiläum von Dr. *Ludwig Meyer*. S. 105.

[4]) l. c. S. 539.

Digitized by Google

für die Frauen auf 29,0. *Ascher*[1]) fand, dass in 109 Fällen eine specifische Infection als stattgehabt positiv anzunehmen war, gegenüber 204 Paralytikern, bei denen eine solche nicht nachweisbar gewesen, somit stellte er für seine Männer ein Procentverhältniss von 34,7 fest.

Von neueren Statistiken möchte ich noch *Jacobsen*[2]) erwähnen, welcher im St. Hansasyl (Dänemark) bei 116 paralytischen Frauen anerkannte Syphilis bei 32 pCt., Syphilis wahrscheinlich bei 11 pCt. fand. Schliesslich bemerke ich noch, dass *Fürstner*[3]) erst kürzlich erklärte, er vermöge die in einigen neueren Publicationen gebrachten hohen Zahlen von 60, 70 pCt. und mehr mit seinen Resultaten nicht in Einklang bringen und er komme trotz nach seiner Ueberzeugung viel zu weit gehender Verwendung anamnestischer Daten für das Bestehen einer Infection über höchstens 40 pCt. nicht hinaus. Ich meinerseits schliesse mich dieser Ansicht vollkommen an, wenn ich auch für Hamburg speciell der Meinung bin, dass man nach dem, was ich selbst in den letzten 3 Jahren gesehen habe, auch hier zu einem Procentverhältniss von 30 bis 40 bei den Männern gelangen kann.

Von den 158 Männern, die ich gefunden hatte, war bei 37 zugleich die Complication mit alkoholischen Excessen vorhanden, während dies nur bei 8 Frauen, fast ohne Ausnahme Prostituirten, zutraf. Das Zusammentreffen von alkoholischen Excessen, Syphilis und Hinterstrangsklerose konnte ich nur bei 6 Paralytikern, 4 Männer, 2 Frauen nachweisen. Ueber das Zusammentreffen von Syphilis und Hinterstrangsklerose bei unseren Paralytikern werde ich mich später aussprechen.

Was den Alkohol betrifft, so finde ich bei *Reinhard*, dass er denselben seiner ätiologischen Bedeutung nach an die zweite Stelle setzte (wenigstens für die Männer), indem er dem gesteigerten Kampf ums Dasein die erste, der Syphilis die dritte Stelle einräumte. Er fand Trunksucht[4]) bei 823 nicht paralytischen Männern 121 mal d. h. 14,6 pCt., bei den 241 Paralytikern dagegen 73 mal oder

[1]) l. c. S. 19.

[2]) Journal of Mental Science Vol. XXXVIII No. 161, April 1892.

[3]) Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progr. Paralyse. Archiv f. Psychiatrie Bd. XXIV, Heft I, S. 108.

[4]) l. c. S. 542.

Digitized by Google

in 30,3 pCt. Der Umstand, dass *Reinhard* auf Grund persönlicher Recherchen Syphilis gleichzeitig mit Trunksucht bei 28,5 pCt. der paralytischen Männer nachweisen konnte, während mir dies auf Grund der Angaben in den Krankengeschichten nur bei 3,5 pCt. gelang, beweist, wie unzuverlässig und unzureichend mitunter die Angaben in den Krankenjournalen sind. *Mendel*[1]) macht gleich *Reinhard* auf die gewaltige Zahl der Gewohnheitstrinker aufmerksam, die *Macdonald* gefunden hatte (116 unter 155 Paralytikern = 74,8 pCt.). *Ascher*[2]) fand übermässigen Alkoholgenuss in 37,6 pCt., bezweifelt übrigens die Richtigkeit des Resultates. Ich selbst fand Alkoholismus bei 250 Personen, somit in 18,75 pCt.; auf die Männer entfallen 212 mit 20,4 pCt., auf die Frauen 38 mit 12,8 pCt. Bleiben diese Zahlen hinter denen *Reinhard*'s auch weit zurück, so übertreffen sie dennoch meine Syphilisprocente, weshalb auch nach meinem Ergebniss dem Alkoholismus als ätiologisches Moment für die Paralyse vor der Syphilis der Vorrang eingeräumt werden muss. Bei dieser Gelegenheit mache ich auf eine im Juliheft dieses Jahres der Vierteljahresschrift für gerichtliche Medicin von *A. Kühner*[3]) benutzte Arbeit *Garnier*'s aufmerksam: la folie à Paris, la progression corrélative de la folie alcoolique et de la paralysie generale. Annales d'hygiène publique et de médecine legale. Janvier 1890. *Kühner*[4]) kommt in seinem Resumé zu dem Schlusse einmal No. 5, dass die Zunahme der Fälle von Geistesstörung in Paris während der Jahre 1872—1888 vor Allem das Produkt zweier Factoren sei, deren Häufigkeit sich in beständigem Fortschreiten befindet, nämlich des Alkoholismus und der allgemeinen Paralyse, während die eigentlichen Psychosen, wie die Manie, Melancholie beinahe stationär bleiben. Und unter No. 13: „Ein Vergleich der die gleichzeitige Zunahme der alkoholischen und paralytischen Seelenstörungen repräsentirenden Curven lehrt, dass ihr rapides Fortschreiten eine entschiedene Zusammengehörigkeit zeigt, woraus deutlich hervorgehe, dass der Alkoholismus ein hauptsächliches, ätiologisches Moment bilde für die Entstehung der Encephalitis interstitialis corticalis".

[1]) *Eulenburg*, Bd. V, S. 25.
[2]) l. c. S. 25.
[3]) Zur Statistik der Geisteskrankheiten.
[4]) l. c. S. 107.

Digitized by Google

Das Zusammentreffen von Syphilis und Alkoholismus habe ich bereits früher erwähnt, die Combination von Alkoholismus und Hinterstrangsklerose fand ich bei 20 Männern und 6 Frauen.

Hinterstrangsklerose. Den beiden vorhergegangenen Krankheitsursachen reihe ich die Tabes an. Schon *Simon*[1]) machte auf *Westphal*'s Verdienst für die Erforschung dieser Frage aufmerksam; *Reinhard*[2]) fand Paralyse mit Tabes bei seinen 328 Paralytikern 112 mal (86 Männer und 26 Frauen), also in 34 pCt. Bei 15 dieser Fälle wurde sie erst durch die Section constatirt, für seine Männer berechnete er den Procentsatz auf 35,8, für die Frauen auf 29,1. *Ascher* beschränkt sich auf die Angabe, dass Tabes dorsualis nur in 8 Fällen mehrere Jahre vorangegangen zu sein scheine, bevor die psychische Störung auftrat. Ich fand 146 Personen (117 Männer und 29 Frauen), bei welchen die im Leben meist schon beim Eintritt in die Anstalt gestellte Diagnose durch die Section bestätigt wurde. 17 Männer und 1 Frau zeigten gleichfalls tabische Symptome, wurden jedoch theils ungeheilt entlassen, theils kamen sie nicht zur Section; die Gesammtzahl meiner Tabiker betrug demnach 164 Personen (134 Männer und 30 Frauen); als Procentsatz ergiebt sich für die Männer 12,0, für die Frauen 10,0. Zieht man, was ich für richtiger halte, nur die Fälle in Betracht, welche zur Section gelangten, und vergleicht sie mit der Gesammtzahl der obducirten Leichen, so stellt sich der Procentsatz für die Männer auf 16,7, für die Frauen auf 13,8. Der Durchschnitt für beide Geschlechter berechnet sich auf 15,25 pCt. In 11 Fällen von unseren Tabikern (9 Männer, 2 Frauen) konnte schon beim Eintritt Sehnervenatrophie constatirt werden. An der Leiche fand sich Opticusatrophie resp. graue Degeneration bei 17 Männern und 1 Frau. Von den Paralytikern mit Tabes konnte *Reinhard*[3]) bei 26,1 pCt. vorausgegangene Syphilis nachweisen. Ich selbst habe diese Gruppe in 2 Abtheilungen eingetheilt: einmal Syphilis sicher vorausgegangen 39 Personen, 28 Männer und 11 Frauen, dann vorausgegangene Syphilis wahrscheinlich 43 Personen, 37 Männer und 6 Frauen, zusammen 82 Personen (65 Männer, 17 Frauen). Als Procentsatz

[1]) l. c. S. 77.
[2]) l. c. S. 541.
[3]) l. c. S. 549.

Digitized by Google

würde sich für beide Gruppen zusammen 50,0 ergeben, 49,2 für die Männer, 56,6 für die Frauen. Zieht man die mit sicherer Syphilis allein in Betracht, so berechnet sich der Procentsatz für die Männer auf 20,9, für die Frauen auf 36,6, für den Durchschnitt auf 28,7, was *Reinhard*'s Zahlen noch übertrifft.

In der Beilage IV habe ich versucht, das Alter beim Eintritt bei den 3 vorhergegangenen Gruppen graphisch darzustellen, um auch nach dieser Richtung ihr Verhältniss zur Paralyse zu beleuchten. Bei Betrachtung dieser Curven fällt vor Allem die grosse Aehnlichkeit der Trinkercurve bei den Männern mit der Gesammtdurchschnittscurve für beide Geschlechter auf; hier wie dort ein rascher Anstieg bis gegen Ende der 30er Jahre, eine neue Erhebung um Mitte der 40er Jahre, von da ab ein sehr allmäliger, stufenweiser Abfall. Bei den Trinkern unter den Frauen fehlen die excessiven Schwankungen, das Maximum ist ziemlich gleichmässig auf das 39. bis 43. Lebensjahr vertheilt. Bei der Syphilis der Männer verläuft der Anstieg ähnlich wie bei den Trinkern, aber etwas energischer, im 36. Lebensjahre wird das Maximum erreicht, von da ab nur langsamer und durch neue Elevationen verzögerter Abstieg. Die Frauen zeigen eine erste, geringe Erhebung zwischen dem 26. und 29. Lebensjahre, über deren Ursache ich mich schon früher ausgesprochen habe, eine zweite, ausgeprägtere findet sich im 40.—47. Lebensjahre, von da ab nur mehr sporadische Fälle. Bei den männlichen Tabikern steigt die Curve nur sehr allmälig bis zum 35. Lebensjahre an, eine neue intensivere Erhebung fällt zwischen das 40.—46. Lebensjahr, auch ist der schliessliche Abfall lange nicht so schroff wie bei den Trinkern. Die Frauencurve für Tabes vertheilt sich ziemlich gleichmässig über die 30er und 40er Jahre, stärkere Erhebungen kommen nicht zu Stande, wenn man nicht die im 47. und 55. Jahre als solche bezeichnen will.

Die Bedeutung der Kopfverletzung für die Paralyse ist von jeher gewürdigt worden. Schon *Simon*[1]) gelangte zu dem Schlusse, dass wirklich direct auf das Gehirn wirkende Verletzungen fast stets paralytische Erscheinungen (in weiterem Sinne) herbeiführen.

[1]) l. c. S. 85.

Digitized by Google

Mendel[1]) betont, dass von den directen Ursachen Traumen des Schädels jedenfalls eine erhebliche Rolle spielen, wenn sie auch häufig nicht Ursache, sondern Symptom der Paralyse sind. Er verweist darauf, dass eine Anzahl Paralytiker in der Erregung beim Beginne der Erkrankung Streitigkeiten, Schlägereien und bei diesen Kopfverletzungen bekommen. Die später deutlich werdende Krankheit wird dann nicht selten mit jenem Trauma in ursächliche Beziehung gebracht, während eine genaue Anamnese das Bestehen der Krankheit vor der Verletzung ergiebt. Auch ich habe diese Anschauung vielfach bestätigt gefunden; es ist unglaublich, in welch vorgeschrittenem Zustande von Unsicherheit und Unbeholfenheit namentlich auf den Beinen die Kranken mitunter direct von der Arbeit weg zur Aufnahme gelangen; besonders evident ist dies bei unseren paralytischen Hafen- und Bauarbeitern, Sturz von den Gerüsten, Sturz von den Masten, Sturz beim Laden in den Schiffsraum oder vom Schiffe in beigelegte Schuten, Zusammenstösse auf offenem Wasser finden sich in reichlicher Anzahl in den Anamnesen unserer Paralytiker. Fast in den meisten Fällen besteht die Krankheit schon länger. Der Unglücksfall ist einfach die Folge der paralytischen Unbeholfenheit und Sorglosigkeit. *Reinhard*[2]) fand unter seinen Fällen 17 Kopfverletzungen, doch handelte es sich fast immer nur um geringere Grade derselben. Dies würde einem Procentsatze von 5,1 entsprechen. *Ascher*[3]) fand unter seinen 643 Fällen 58 mal Kopfverletzungen, in Procenten 9,02, unter diesen waren 16, in denen sich im sofortigen Anschluss an die Verletzung schwere psychische Störungen entwickelten. Ich habe vorgezogen, die Zahl der Kopfverletzungen für die sämmtlichen in unserem 20jährigen Zeitraume zum Abgange gelangten Geisteskranken festzustellen, um nach dieser Richtung die Paralyse mit den übrigen Gehirnerkrankungen vergleichen zu können. Ich beschränke mich an dieser Stelle auf die wichtigsten Zahlenangaben, um so mehr, als ich im Sinne habe, die von mir gesammelten Kopfverletzungen einer gesonderten Betrachtung zu unterziehen. Die Zahl sämmtlicher Kopfverletzungen, die ich in den Journalen nachweisen konnte, betrug 223.

[1]) l. c. S. 201.
[2]) l. c. S. 543.
[3]) l. c. S. 27.

Digitized by Google

Einfache Psychosen	80	Männer,	20	Frauen
Epileptisches Irresein	26	-	5	-
Alkohol. Irresein[1])	19	-	3	-
Senile Formen	13	-	8	-
Dementia paralytica	43	-	6	-
	181	Männer,	42	Frauen.

Daraus würde sich ein Gesammtprocentsatz von 2,59 für beide Geschlechter ergeben, auf die Männer entfielen 3,9 pCt., auf die Frauen 1,0 pCt. Das Procentverhältniss für die Paralytiker steigert sich jedoch sofort, wenn man letztere allein in Betracht zieht, es ergiebt sich für die Männer 4,1 pCt., für die Frauen 2,01 pCt., für beide Geschlechter 3,05. Zum weiteren Vergleiche will ich noch für sämmtliche Gruppen das Verhältniss ihres Antheiles an den Kopfverletzungen anführen, wobei, wie man sieht, die Paralyse die zweite Stelle einnimmt:

Einfache Psychosen	44,8 pCt.
Epileptisches Irresein	13,9 -
Alkoholisches Irresein	9,87 -
Senile Formen	9,04 -
Dementia paralytica	21,9 -

Insolationen finde ich bei *Ascher*[2]) nur in einem Falle notirt, wobei die Paralyse innerhalb dreier Monate tödtlich verlief. In 2 seiner Fälle scheint längerer Aufenthalt in starker Sonnenhitze die Krankheit gefördert zu haben. Auch ich habe Insolationen nur in geringer Anzahl constatirt, meine 5 Kranken gehören nahezu ausschliesslich der seemännischen Bevölkerung an, 2 Matrosen, 1 Schiffsheizer, 1 Dampferingenieur, und waren die Insolationen ausschliesslich in tropischen oder subtropischen Gegenden erfolgt. Diese geringe Anzahl gewinnt gleichwohl an Bedeutung, wenn man erwägt, dass ich unter sämmtlichen übrigen Geisteskranken der 20 Jahre, nur mehr 2 weitere Insolationen auffinden konnte, die beide unter dem Bilde der Manie verliefen und in Genesung ausgingen. Auch die Arbeit am Feuer oder Einwirkung von strahlender Wärme lieferte *Ascher* sowohl wie mir wenige Kranke, ersterer

[1]) ausschliesslich Deliranten.

[2]) l. c. S. 27.

Digitized by Google

erwähnt 5 Fälle, auch bei mir treten die betreffenden Berufszweige in der Statistik nicht sehr in den Vordergrund, ja die grosse Anzahl von Feuerleuten auf den hamburgischen Dampfern lieferte mir nicht mehr als 5 Heizer. Gleichwohl möchte ich nicht in Abrede stellen, dass die strahlende Wärme im Kesselraume in Verbindung mit der tropischen Hitze höchst gesundheitsschädlich ist, was anderes konnte Wörmann veranlasst haben, auf seiner westafrikanischen Linie die widerstandsfähigeren Kulis als Heizer zu verwenden. Eine Mittheilung eines mir befreundeten Schiffsarztes brachte mich auf den Gedanken, die Wirkung obengenannter Punkte (tropische Hitze und strahlende Wärme) auf das Gehirn auf einem anderen Gebiete zu suchen. Jener Arzt erzählte mir nämlich, dass auf 2 Reisen nach Brasilien hintereinander je ein Heizer und Trimmer auf hoher See zwischen Lissabon und der brasilianischen Küste über Bord gingen. Meines Erachtens kann es sich bei derartigen Fällen nur um transitorische Tobsucht handeln, bei welcher solche plötzliche, ich möchte sagen blitzartige Angriffe auf das eigene oder fremde Leben keineswegs zu den seltenen Erscheinungen zählen.

Mendel[1]) machte im Anschluss an die Kopftraumen auch auf diejenigen Ohraffectionen aufmerksam, wo von Caries des Felsenbeines, Otitis interna, aus ein Angriff auf das Gehirn erfolgte. Ich habe bei unseren Kranken nur eine spärliche Ausbeute ähnlicher Fälle bekommen: bei 2 Schädelfracturen war blutiger Ausfluss aus dem Ohre erfolgt, einmal fand ich starke Verkrüppelung des linken Ohres von einer Verletzung durch eine Maschine herrührend, 5mal Otitis interna, 2mal Otorrhoe mit Abscessbildung, 1 mal Erysipelas mit eitrigem Ausfluss aus dem Ohre, 7mal ist Taubheit und einseitige Schwerhörigkeit ohne bestimmte Ursache angegeben.

Von den Intoxicationen ausser Alkohol ist wohl die Nikotinvergiftung die wichtigste und häufigste. *Reinhard*[2]) hatte seinerzeit 12 Arbeiter aus der Tabaksbranche, als Cigarrenmacher, Sortirer etc. und 6 Tabakshändler resp. Fabrikanten gefunden. *Ascher*[3]) konnte nur 5 Fälle finden, in denen Vergiftung durch Tabak stattgefunden hatte. Ich selbst fand 35 Cigarrenmacher, die Zahl der Cigarrenhändler und -Fabrikanten konnte ich leider nicht genau

[1]) Die progressive Paralyse der Irren. Eine Monographie. S. 240.
[2]) l. c. S. 543.
[3]) l. c. S. 28.

Digitized by Google

feststellen. Acute Nikotinvergiftung war nur in einem Falle constatirt. Ein weiterer Fall betraf ein Frauenzimmer, welches nach mehrmonatlicher Behandlung entlassen wurde, wie sich nachträglich herausstellte, hatte es sich nicht um Paralyse, sondern um acute Nikotinvergiftung gehandelt.

Bleivergiftung lag gleichfalls nur in einer geringen Anzahl von Fällen vor, ich zählte im Ganzen 10 Männer, 1 war Arbeiter in einer Silberschmelze, die übrigen Zimmermaler.

Unter den acuten sòmatischen Erkrankungen verdient der Typhus insofern eine besondere Berücksichtigung, als nicht selten die psychischen Erscheinungen in unmittelbarem Anschluss an einen kurz vorher überstandenen Typhus beobachtet werden. Unter 15 Fällen von unseren Kranken, die überhaupt Typhus durchgemacht hatten, war dies in 7 Fällen zu beobachten. Dass Typhus zuweilen durch psychische Erkrankungen complicirt wird, ist eine allbekannte Thatsache; speciell für Hamburg bietet uns die Arbeit von *Schulz*[1]) genaue Zahlen. Unter den von ihm bearbeiteten 3686 Fällen traten Psychosen bei 28 Personen = 0,8 pCt. auf und zwar ausschliesslich bei Erwachsenen, unter denen die Weiber mit der Zahl 19 gegen die Männer prävaliren. Die Complication äusserte sich 10 mal in melancholischen Zuständen, bei den übrigen Fällen fehlte die genaue Angabe der psychischen Störung. Es bleibt nun jedenfalls ein merkwürdiges Zusammentreffen, dass diejenigen Paralytiker von uns, die überhaupt in ihrem Leben Typhus durchgemacht, dem Geschlechte nach fast das gleiche Procentverhältniss ergeben, wie *Schulz* es für seine Kranken gefunden hatte, von denen allerdings 7 uns zugingen. Unter 1412 in Friedrichsberg aufgenommenen Paralytikern hatten 15 = 1 pCt. Typhus durchgemacht, unter 1093 Männern 10 = 0,9 pCt., unter 319 Frauen 5 = 1,6 pCt. Wie man sieht, prävalirt auch bei unseren Zahlen das weibliche Geschlecht.

Die übrigen acuten Krankheiten will ich nur kurz aufzählen, einerseits, da ihre Zahl eine äusserst geringe ist, so dass man wohl nur von einem zufälligen Zusammentreffen mit der Paralyse sprechen kann, andererseits bin ich mit *Ascher*[2]) der Meinung, dass man schwerlich berechtigt sein dürfte, die Ursache einer Paralyse, welche

[1]) Beitrag zur Statistik des Typhus abdominalis. Jahrbuch der hamburger Staatskrankenanstalten. I. Jahrg. S. 39.

[2]) l. c. S. 28.

Digitized by Google

sich nach einer acuten Krankheit entwickelt hat, in dieser selbst zu suchen.

Ausser Typhus ist Variola 4 mal notirt, darunter bei einem 36 jährigen Maler, der ausserdem an Bleiintoxication litt, die Pocken traten einige Monate vorher auf, im Verlaufe der Krankheit verfiel Patient in Tobsucht, die 7 Wochen anhielt, erst als sich der Kranke wieder beruhigt hatte, traten die paralytischen Erscheinungen zu Tage. An acutem Gelenkrheumatismus wurden 3 Männer und 1 Frau kurz vorher im Krankenhause behandelt. Schwere Pneumonie war bei 2 Personen vorhergegangen, an Dysenterie hatten 1 Mann und 1 Frau gelitten; 5 Männer waren schon, ehe die paralytischen Erscheinungen augenfällig geworden waren, an Diabetes behandelt worden. Ein Mann hatte kurz vorher eine heftige Influenza durchgemacht, ein Mann und eine Frau standen wegen Trichinose in Behandlung. Schliesslich litten je ein Mann an Intermittens und gelbem Fieber. Fälle von kurz vorher überstandenem Erysipel habe ich nicht gefunden.

Unter den chronischen somatischen Krankheiten stehen die Erkrankungen des Gefässsystems obenan. In den Sectionsprotocollen sind notirt 60 Mitralinsufficienzen, 53 Insufficienzen und Stenosen der Aortenklappen, 36 mal Hypertrophie des linken Ventrikels, Endo-Myo-Pericarditiden 14—19—20 mal. Die Atherose der Aorta in ihrem Anfangstheile wurde an der Leiche makroskopisch in 313 Fällen, d. i. in 37,7 pCt. gesehen. Die Zahl der Lungentuberculosen unter den Aufnahmen genau festzustellen war mir nicht möglich, dagegen konnte ich nach den Obductionsprotocollen Miliartuberculose der Lungen 74 mal, chronische Phthise 145 mal feststellen, zusammen 219 mal = 26,3 pCt.; es ist dies gegenüber anderen Statistiken ein sehr hoher Procentsatz. *Mendel* z. B. fand nur 5 pCt., nach *Ascher*[1]) konnte Lungentuberculose in Dalldorf in 622 Fällen nur 30 mal = 0,4 pCt. als Todesursache constatirt werden. Bemerkenswerth für Hamburg ist sowohl für die Paralyse wie auch für die anderen Psychosen der ungemein häufige Sectionsbefund von ausgeheilten Spitzenaffectionen der Lungen.

Vorausgegangene Geisteskrankheiten und Neurosen sind bei der Paralyse jedenfalls eine Seltenheit. *Ascher* wie ich konnten nur

[1]) l. c. S. 28.

Digitized by Google

wenige Fälle constatiren. Ich fand 3mal Mikrocephalie mit angeborenem Schwachsinn, darunter 2 Prostituirte, 1mal Hysterie, an Epilepsie hatten 4 Männer und 3 Frauen gelitten, schliesslich noch einen Fall von Chorea bei einem jungen Manne.

Seitenstrangsklerosen konnten makroskopisch in 23 Fällen nachgewiesen werden, 19 Männer, 4 Frauen, in 12 Fällen (10 Männer, 2 Frauen) war die Seitenstrang- mit Hinterstrangsklerose combinirt. Soweit es gestattet ist, blos auf Grundlage der vorliegenden Krankengeschichten ein Urtheil abzugeben, glaube ich, dass es sich bei 6 Personen (5 Männer, 1 Frau) um die von *Erb* im neurologischen Centralblatt vom 15. März 1892 (XI. Jahrgang, No. 6) beschriebene „syphilitische Spinalparalyse" handelte. 3 weitere Männer sind daraufhin noch verdächtig, doch ist der anatomische Befund (Degeneration der hinteren Hälften der Seitenstränge im Dorsalmark) in den Sectionsprotocollen nicht genügend klar gestellt. Die hochgradige ätiologische Bedeutung der psychischen Ursachen wird so einstimmig anerkannt, dass ich nicht benöthige, darüber ein weiteres Wort zu verlieren. Doch ist in der Betrachtung und Abwägung der psychischen Ursachen eine gewisse Vorsicht geboten, wenn ich z. B. erwähne, dass pecuniäre Verluste, Krisen in der Geschäftführung bei unseren Kaufleuten eine stehende Rubrik bilden, so darf man nicht ausser Acht lassen, dass dies in vielen Fällen weniger Krankheitsursache ist als vielmehr eine Folge der bereits ausgebrochenen Krankheit darstellt; denn es ist klar, dass, nachdem einmal der Paralytiker den Obliegenheiten seines Berufes nicht mehr vorzustehen vermag, Conflicte der verschiedensten Art entstehen, die sich beim Kaufmanne nur zu gerne auf finanzielle Schwierigkeiten zuspitzen. Bei dieser Gelegenheit möchte ich aber auch betonen, dass es eine recht erkleckliche Anzahl derartiger Paralytiker giebt, bei denen auch die eingehendsten anamnestischen Recherchen keine psychische Ursachen zu Tage zu fördern im Stande sind, ja dass die Leute mitten aus den glücklichsten Verhältnissen heraus und ohne dass sie jemals ihr Gehirn überanstrengt hatten von der Paralyse betroffen werden, ich brauche nicht zu erwähnen, dass bei derartigen Fällen alsdann andere ätiologische Momente um so schärfer in den Vordergrund zu treten pflegen.

Im Gegensatz zu den misslichen Verhältnissen habe ich auch einen Fall vorgefunden, in dem die Annahme begründet erscheint, dass

Digitized by Google

ein unerwarteter Glücksfall mit seinen Consequenzen den Boden für die Paralyse ebnete. Ein Mann nämlich hatte 11 000 Mark in der Lotterie gewonnen und die ganze Summe, bis auf 2000 Mark, in einem halben Jahre wieder durchgebracht, 2 Jahre nachher kam die Paralyse zum Ausbruch. Die Zahl der Paralytiker, welche einen Feldzug mitgemacht hatten, ist jedenfalls in den Journalen nicht mit genügender Genauigkeit registrirt, während dies nämlich bei $^1/_3$ von *Ascher*'s Patienten zutraf, konnte ich nur 22 Männer auffinden, zu welchen sich noch ein Frauenzimmer gesellt, das den Feldzug 1870 als Marketenderin mitgemacht hatte, sie war überdies von mütterlicher Seite schwer belastet und syphilitisch. Missbrauch des Coitus und excessive Onanie, auf die *Neumann* seinerzeit die Aufmerksamkeit zu lenken suchte, werden wohl in ihrer Bedeutung für die Paralyse überschätzt, eignen sich übrigens auch wegen der delicaten Recherchen des ersten Punktes kaum zu einer statistischen Verarbeitung. Die Zahl derjenigen Leute, welche vor ihrer Erkrankung schwere Freiheitsstrafen verbüsst hatten, betrug in Dalldorf[1]) 61 = 9,4 pCt., in Friedrichsberg 70 = 5,24 pCt., unter letzteren waren 61 Männer und 9 Frauen. 14 Männer gingen direct aus dem Gefängniss zu, die meisten von ihnen sind bereits wiederholt vorbestraft und zwar ausschliesslich wegen Vergehen und Verbrechen gegen das Eigenthum, 5 Frauen, theils Prostituirte, theils Trinkerinnen wurden gleichfalls direct aus dem Gefängniss zugeführt. Ich bemerke noch, dass sich unter den zugeführten Verbrechern 4 Männer befanden, die bei ihrer Aufnahme deutliche Erscheinungen des Gefangenenwahnes boten, ängstliche Hallucinationen, versteckte Grössenideen, Tobsuchtsanfälle, während die Lähmungserscheinungen erst im weiteren Verlaufe der Erkrankung evident wurden.

Wenn ich zum Schlusse versuche, gleich *Reinhard*, mein Urtheil über den Werth der verschiedenen ätiologischen Momente für die Paralyse nach meinen Ergebnissen zusammenzufassen, so komme ich zu dem Schlusse, dass abgesehen von den psychischen Momenten als wichtigstes, ätiologisches Moment die Trunksucht zu betrachten ist, die nächste Stelle würde die Erblichkeit einnehmen, die Syphilis erst in dritter Stelle folgen, nach dieser die Tabes,

[1]) l. c. S. 29.

Digitized by Google

während die übrigen Schädlichkeiten, wie Kopfverletzungen, acute Krankheiten etc. nur eine untergeordnete Bedeutung, der Zahl nach wenigstens, beanspruchen können. Bleiben meine Procentsätze auch mitunter weit hinter denen *Reinhard*'s zurück, so genügen sie dennoch, um für $^3/_4$ unserer Paralysefälle ein bestimmtes ätiologisches Moment nachzuweisen. Dazu sind meine Untersuchungen allerdings ungenügend, um die ätiologische Bedeutung der einzelnen Schädlichkeiten definitiv festzustellen, was vor Allem für die Syphilis sowie für die Trunksucht gilt. Eine befriedigende Lösung dieser Frage erwarte ich überhaupt nur von einer Sammelforschung, in welcher neben den grossen Staatsanstalten auch die zahlreichen Privatirrenanstalten, die Kliniken und die kleineren Staatsanstalten mit ihrem, mitunter spärlichen, aber sorgfältig beobachteten Materiale ihren Platz gefunden haben.

Digitized by Google

Ueber Familienpflege Geisteskranker nach den in Dalldorf mit dieser Einrichtung gemachten Beobachtungen[1]).

Von

Dr. med. **Alfred Bothe,**
früher Assistenzarzt in Dalldorf, jetzt 3. Arzt in Tost.

Unter den mannichfachen Verpflegungsformen, die wir für unsere Kranken besitzen, hat die eine zu jeder Zeit besondere Aufmerksamkeit auf sich gezogen, weil ihr gerade das fehlt, was das charakteristische der modernen Irrenpflege in unseren Culturstaaten ist, nämlich der Anstaltsaufenthalt: ich meine die Familienpflege. Diese Einrichtung ist eine viel besprochene und viel umstrittene gewesen, und viele haben sich daran versucht. Ich will mich einer Besprechung ihrer Geschichte und den Erfahrungen Anderer heute nicht zuwenden. Es ist Ihnen bekannt, dass im Anschluss an die Irrenanstallt Dalldorf die Einrichtung der Familienpflege besteht: ein Theil der aus unserer Irrenanstalt Entlassenen bleibt auch nach der Entlassung Patient der Anstalt und die Fürsorge für dieselben den Befugnissen der Direction der Irrenanstalt ebenso unterstellt, wie während ihres Aufenthalts in der Anstalt. Von dieser Einrichtung, welche also einen integrirenden Bestandtheil der Anstalt bildet, und den dabei gemachten Erfahrungen will ich reden und ohne Umschweife gleich zur Sache mich wenden. Ich will in folgendem möglichst nur einen Bericht von Thatsachen geben, und will ganz ungeschminkt und ohne Schönfärberei berichten; das Ungünstige soll eher zu sehr, als zu wenig hervorgehoben werden. Bei meiner Darlegung beziehe ich mich

---

[1]) Vortrag gehalten am 15. Juni 1892 in der 75. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin.

Digitized by Google

auf den Zeitraum zweier Jahre von 1890 ab, seit welcher Zeit ich im Auftrag der Direction die Angelegenheiten der in Familienpflege gegebenen Kranken zu bearbeiten habe.

Es befanden sich während dieser Zeit bis zum 31. März 1892 in 548 Pflegestellen 424 Personen und zwar 210 Männer, 214 Frauen. Vorgenommener Pflegewechsel und wiederholte Inpflegegabe derselben Personen erklärt den Unterschied der Zahlen.

Nach der Art ihrer Erkrankung vertheilen sich die 424 Personen wie folgt: Imbecillität und Idiotie ohne Krämpfe 64: 29 Männer, 35 Weiber; Epilepsie und Hysterie 106: 52 Männer, 54 Weiber; Paralyse 20: 13 Männer, 7 Weiber; Senile 25: 8 Männer, 17 Weiber; andere chronische Zustände 209: 108 Männer, 101 Weiber; darunter 75 Potatoren und zwar 67 Männer, 8 Weiber; eine Anzahl Potatoren befand sich noch unter den Epileptischen. Es haben also alle Formen der Geisteskrankheiten Antheil gestellt zu den Pfleglingen, und keine Form ist ausgeschlossen gewesen.

Der höchste Tagesbestand von Pfleglingen gegen den Schluss der hier besprochenen Periode hin, Ende März 1892, war 203, er kam auf einen Tagesbestand von 3142 in Berliner städtischer Irrenpflege verpflegten Kranken. Es waren also $6^1/_2$ pCt. unserer Kranken in Familienpflege untergebracht. Die Höhe dieses Procentsatzes könnte überraschen; zur richtigen Würdigung desselben ist die Beschaffenheit des Krankenmaterials unserer Anstalt hervorzuheben, welches einen verhältnissmässig grossen Bestand hat von Patienten mit leidlichem Bewusstseinsinhalt und nur wenig verändertem oder nur zeitweise krankhaft sich äusserndem Verhalten. Die reichliche Zuführung von Kranken dieser Kategorie zu unserer Anstalt ist besonders zwei Umständen zuzuschreiben. Das complicirtere Getriebe einer Stadt von der Grösse Berlins stösst Glieder der menschlichen Gesellschaft ab, die in anderer einfacherer Umgebung sich würden haben halten können, ohne mit der Irrenanstalt in Berührung zu kommen. Ferner ist der Umstand wirksam, dass unsere Anstalt nicht allein zur Verpflegung der gemeingefährlichen Irren bestimmt ist, sondern sämmtlicher psychisch Defecter, einschliesslich der Krampfkranken, welche der Anstaltspflege bedürftig werden, und deren Unterhalt der Armenpflege der Stadt Berlin zur Last fällt. Es erklärt sich also die grosse Zahl der für Familienpflege geeigneten Kranken.

Digitized by Google

Besondere Gruppen aufzustellen zur Charakteristik der Kranken, die sich in Familienpflege befunden haben, soll nicht ausführlich versucht werden. Im allgemeinen werden sich natürlich diejenigen draussen befunden haben, die der Anstaltspflege nicht unbedingt bedürftig waren; doch haben wir eigentliche Maximen oder Grundsätze hierfür nicht aufgestellt. Bei Inpflegegabe spielen jedesmal eine Reihe Nebenfactoren mit, dass es sich, weil zwecklos, verbietet, festgegrenzte Indicationen zu stellen. Es konnte namentlich in der Auslegung der Indication „der Anstaltspflege nicht unbedingt bedürftig" mit zunehmender Einübung unserer Einrichtung immer weiter gegangen werden; viel weiter als man im Anfang hätte glauben können. Nur ganz kurz will ich folgende Gruppen kennzeichnen.

Die Paralysen sind Fälle, wo die beeinträchtigte Intelligenz im Vordergrunde steht; Erregungszustände kommen natürlich auch vor und wurden, wenn sie hochgradig waren, Ursache zur Rückaufnahme; doch können solche Paralytiker bis zum Exitus in ihrer Behausung bleiben. Man hatte sie fast alle bei Angehörigen untergebracht.

Die Senilen bieten Schwachsinn des verschiedensten Grades dar mit oder ohne zeitweise Erregungszustände; Unreinliche waren oft dabei; auch diese befanden sich fast alle bei Angehörigen.

Die Imbecillen mit und ohne Krämpfe befinden sich oft lange in Pflege bis ein Erregungszustand oder Auftreten schwerer Krämpfe die Rücknahme nothwendig macht.

Epileptische befanden sich draussen in den verschiedensten Graden ihrer Krankheit; es waren fast alle solche mit leichten Anfällen; Pflegestätten für Kranke mit schweren Anfällen zu beschaffen ist fast unmöglich.

Die Potatoren halten sich ganz verschiedene Zeit in Pflege von Wochen bis zu Jahren; ein Rückfall machte aber doch fast ausnahmslos schliessliche Rücknahme nothwendig.

Der Rest sind chronische Zustände verschiedenster Art, meistens psychische Schwächezustände secundärer Natur. Ein Theil davon bietet Schwachsinn dar höheren oder geringeren Grades; diese Kranken können lange in Pflege gehalten werden; jedoch stellen die hochgradig Schwachen die kleinste Zahl der Kranken dieser

Digitized by Google

Kategorien. Ein anderer Theil mit guter Intelligenz kann aus der Pflege wieder in eigene Fürsorge übergehen.

Die grösste Zahl der Pfleglinge war bei Fremden untergebracht; es war dies 335 mal der Fall; in einem verwandtschaftlichen Verhältniss standen Pflegling und Pfleger 213 mal.

Für die Besetzung der Pflegestellen mit nicht Verwandten hat sich ein bestimmtes Verfahren herausgebildet, das ich schildern will, während die Inpflegegabe zu Verwandten mehr von äusseren Umständen abhängt.

Der Irrenanstalt gehen beständig eine grosse Anzahl von Gesuchen um Ueberlassung von Pfleglingen zu. Dieselben werden zunächst einer Sichtung dadurch unterworfen, dass über die von Berlin aus eingehenden Bewerber von der Polizei und der Armen-Commission des betreffenden Bezirks, über die von den Vororten vom Amtsvorsteher Erkundigung eingezogen wird. Bei günstigem Bescheid wird die Pflegestelle in ein Verzeichniss als vorgemerkt eingetragen. Das Angebot geeigneter Pflegestellen ist ein sehr grosses, weit grösser als wir Bedarf haben. Die grosse Hälfte der Pflegestellen geht wieder verloren, weil die Leute, nachdem sie eine Zeit vergeblich auf Besetzung gewartet haben, ihre Räume anderweitig, durch Vermiethung u. a. m. verwerthen.

Die Antragsteller sind meist Eheleute, häufig kinderlose; doch sind auch eine ganze Anzahl alleinstehender Frauen als Pfleger thätig und zwar sowohl für weibliche als für männliche Pfleglinge. Dem Beruf nach waren die grösste Hälfte der Pfleger Arbeiterfamilien, die kleinere Hälfte selbständige Handels- oder Gewerbetreibende; andere Berufsarten kommen nur ganz vereinzelt vor.

Bei der Unterbringung von Pfleglingen zu Fremden haben wir in der Regel unsere Ansprüche an wohnliche und sonstige Verhältnisse bedeutend höher gestellt. Man kann im allgemeinen sagen, dass die bei Fremden besser untergebracht sind, als die bei Verwandten; ein geringes Nachsehen bei der Unterbringung zu Verwandten ist wohl gerechtfertigt und liegt in der Natur der Sache. Es dürfte das etwaige Minus durch die hergestellte Familiengemeinschaft aufgewogen sein.

Unter den Pflegern befindet sich eine Anzahl, wo einer der Eheleute früher Wärterdienste bei uns oder anderwärts leistete. Die Verwendung derselben ist ganz angenehm, aber nicht nothwendig.

Digitized by Google

Man könnte auf dieselben, ohne die bestehende Einrichtung zu gefährden, verzichten.

Das, was einen Pfleger brauchbar macht, ist das Verständniss für das Wesen des Kranken und Einsicht in das Krankhafte seines Zustandes. Ich habe dieses ebenso oft bei ehemaligen Wärtern vermisst, als bei nicht Wärter gewesenen in ausgesprochener Weise vorgefunden. Grössere Bedeutung hat die Verwendung von ehemaligen Wärterfamilien auch bei uns gehabt, als die Einrichtung im Entstehen war; wo es sich darum gehandelt hat, überhaupt Material von Pflegern heranzuziehen und im Publikum Lust zu erwecken, solche Kranke aufzunehmen.

Die Pflegestellen waren meistens derartig, dass die Pfleglinge einzeln untergebracht waren; nur in einer Anzahl befanden sie sich zu zweien. Unterbringung zu dreien und vieren ist vereinzelt auch vorgekommen.

Die räumliche Vertheilung unserer Pfleglinge über das Gebiet zeigt die Aufzählung, dass 352 Pfleglinge sich in Berlin befinden, 196 in der Umgebung; und zwar befanden sich:

32 im Dorf Dalldorf, 103 in Reinickendorf, 13 in Hermsdorf, 2 in Tegel, 1 in Nieder-Schönhausen, 2 in Weissensee, 8 in Franz. Buchholz, 1 in Lindenberg, 3 in Friedrichsberg, 3 in Rixdorf, 1 in Tempelhof, 1 in Lichtenrade, 2 in Steglitz, 3 in Charlottenburg, 1 in Potsdam, 4 in Cöpenick, 2 in Friedrichshagen, 3 in Bernau, 3 in der Stadt Lübben, 3 in einem Dorfe bei Lübben, 1 in einem Dorfe bei Zehdenick.

Wie schon eingangs erwähnt, ist einer der Assistenzärzte unserer Anstalt für eine längere Periode mit Bearbeitung der die Pfleglinge betreffenden Angelegenheiten beauftragt. Es ist als besonders wichtig und für unsere Einrichtung wesentlich anzusehen, dass es ein Arzt ist, der diese Arbeiten erledigt, die eine persönliche Berührung mit Pflegern und Pfleglingen nöthig machen, und zwar ein Arzt, der mit den Eigenheiten von psychisch Kranken vertraut ist. Viele Schwierigkeiten finden dadurch ihre einfachste Erledigung.

Die persönliche Kenntniss der Pfleger und Pflegestellen, die dieser Arzt sich aneignet, gehört zu den wichtigsten Vortheilen, die hieraus erwachsen. Auf Grund dieser Kenntniss ist der Arzt in die Lage gesetzt, den so verschiedenen Bedürfnissen und Wünschen

Digitized by Google

entsprechend, welche in Beziehung auf die Beschaffenheit einer Pflegestelle zu stellen sind und von den in Pflege zu gebenden Patienten geäussert werden, verschieden geartete Pflegestellen in Vorschlag zu bringen. Das Gedeihen der Einrichtung hängt ganz besonders mit davon ab, dass ein Pflegling nur in eine solche Pflegestelle gethan wird, die für ihn gerade geeignet ist. Dass die Pflegestellen von recht verschiedener Beschaffenheit sind, und dass eine Pflegestelle, welche für den einen Patienten gänzlich ungeeignet ist, für einen andern gerade die allergeeignetste sein kann, ist ja klar.

Die Hinausgabe der Pfleglinge in die Pflegestelle geht in der Weise vor sich, dass der für Pflege geeignete Patient dem die Pfleglinge beaufsichtigenden Assistenzarzt mitgetheilt wird. Derselbe macht sich mit ihm bekannt und nimmt seine Wünsche entgegen. Sehr oft bringen nun diese Kranken selbst Familien in Vorschlag, zu denen sie gethan zu werden wünschen. Es erfolgt zunächst eine Prüfung dieser in oben geschilderter Weise, und erst, wenn keine der vom Kranken selbst vorgeschlagenen Pflegestellen sich als geeignet erweist, wird auf die von uns im obenerwähnten Pflegestellen-Verzeichniss geführten zurückgegriffen.

Behufs Uebernahme des Pfleglings giebt der designirte Pfleger im Bureau der Anstalt einen Pflegeantrag zu Protokoll, nach dessen Vollziehung ihm der Pflegling übergeben wird. Erst nach Verlauf einiger Zeit, nachdem man sieht, dass der Pflegling wohl einige Zeit in der Pflegestelle wird bleiben können, wird ein Pflegevertrag ausgefertigt zwischen der Direction und dem Pfleger, welcher die gegenseitigen Verpflichtungen festlegt. In diesem Vertrag verpflichtet sich der Pfleger namentlich dazu: den Pflegling in seinen Hausstand aufzunehmen, ihn ausreichend zu beköstigen, ein eigenes Bett zu gewähren; seine Kleider in Stand zu halten, ihn zu beaufsichtigen und angemessen zu beschäftigen, wie auch eine Controle seiner Wohnung jederzeit zuzulassen.

Gewährt wird von der Anstalt ein monatliches Pflegegeld von meist 25, auch 20 M.; weniger kommt bei guter Arbeitsleistung des Pfleglings vor, mehr — bis zu 30 und 40 Mark — wo besondere Verhältnisse es nöthig machen. Die Gewährung ausserordentlicher Unterstützungen wird zum Ausgleich sehr häufig nöthig. Ferner giebt die Anstalt die nothwendigen Kleider, Leibwäsche, Schuhwerk, nicht aber Bettwäsche.

Digitized by Google

Durch Besuche in den Pflegestellen eine gewisse Aufsicht auszuüben zur Controle der Pfleger und Beaufsichtigung der Pfleglinge, ist eine weitere Aufgabe des designirten Arztes.

Wie oft solche Besuche in der einzelnen Pflegestelle zu machen sind, ist ganz verschieden; es hängt dies ebenso sehr vom Pfleger wie Pflegling ab. Man wird sich um so mehr beschränken können, je länger man den Pfleger kennt, und je mehr man weiss, dass der Pflegling das Bewusstsein hat, seinen Rückhalt in der Anstalt zu haben, und je mehr Initiative bei dem Pflegling vorhanden ist. Die meiste Mühe machen uns die unstäten, unzufriedenen und veränderungslustigen Kranken; wirkliche Sorge hat man zuweilen von schweren Potatoren.

In erster Linie steht natürlich bei den Besuchen eine Beaufsichtigung der Pfleger. Man kann sagen, dass dieselben ihren Pflichten gegen die Pfleglinge nachgekommen sind. Ich habe nicht beobachten können, dass unter den Pflegern Neigung vorhanden wäre, durch übermässige Anstrengung die Arbeitskraft der Kranken auszunutzen oder dieselben schlecht zu behandeln. Das übergrosse Angebot von Pflegestellen erlaubt uns zudem recht wählerisch zu sein. Wo Anlass zu Ausstellungen gegeben war, hat Unverstand oder Leichtsinn vorgelegen, niemals aber — mit einer noch zu erwähnenden Ausnahme — Böswilligkeit, welche den Kranken Schaden gebracht hätte.

Das gegenseitige Verhältniss von Pflegern und Pfleglingen ist fast ausnahmslos ein gutes und befriedigendes, oft sogar ein freundschaftliches zu nennen, da die Bevölkerungsklasse, bei der unsere Kranken in den weitaus meisten Fällen sich befanden, die Neigung hat, sich mit denselben auf gleichen Fuss zu stellen.

Eine Ueberanstrengung der Pfleglinge ist bei der landwirthschaftlichen Beschäftigung vorgekommen, was uns veranlasste, auf weitere Unterbringung unserer Kranken bei der Landbevölkerung zu verzichten.

Neben den Besuchen in den Pflegestellen hat der beaufsichtigende Arzt bei den Besuchen, welche die Pfleglinge selbst in der Anstalt machen, eine weitere Gelegenheit, sich von dem Befinden derselben zu überzeugen. Am 1. und 2. eines jeden Monats ist

Digitized by Google

Vorstellungstag, wo die Pfleger behufs Abhebung des Pflegegeldes in der Anstalt sich einfinden, in der Regel von den Pfleglingen begleitet, da nur eine geringe Zahl Kranker nicht zu bewegen ist, in der Anstalt zu erscheinen. Ausser am Vorstellungstag kommen während des ganzen Monats sehr häufig Pfleger und Pfleglinge des Vormittags mit Anliegen der verschiedensten, oft unerwartetsten Art zur Anstalt, so dass der Vormittag häufig von deren Erledigung in Anspruch genommen wird.

Die Beaufsichtigung wird relativ am meisten dadurch erschwert, dass die Pfleger zumeist soviel Interesse an ihren Pfleglingen gewinnen. Sie glauben es dadurch zur Geltung bringen zu müssen, dass sie das üble Verhalten ihrer Pfleglinge verheimlichen, so lange sie noch in Pflege sind; es ertragen namentlich Angehörige oft unglaubliches lange Zeit geduldig, besonders von Potatoren, bei denen günstige Perioden mit ungünstigen abzuwechseln pflegen. Erst wenn die Rücknahme wirklich erfolgt ist, erfährt man die Wahrheit, nämlich dass das Verhalten des Kranken ein ungünstigeres war, als angenommen werden konnte. Im Laufe der Zeit habe ich derartig falsche Schlüsse allerdings immer weniger gemacht. Beobachtet man denselben Kranken zum zweiten Male in der Pflege, so wird man sich das richtige Bild seines Zustandes machen, selbst wenn die Schilderungen der Pfleger beruhigend lauten und das Verhalten des Pfleglings selbst zur Zeit des ärztlichen Besuches ein ruhiges ist.

Eine weitere Erschwerung der Beaufsichtigung der bei Verwandten untergebrachten Kranken wird durch das oft pathologische Verhalten dieser Angehörigen selbst hervorgebracht.

Die nach der polizeilichen Erhebung bezw. nach der Belegung einer Pflegestelle vorkommenden Veränderungen, namentlich die durch weiteren Zuzug von Aftermiethern in die Wohnung, verdienen bei der Beaufsichtigung besondere Beachtung. Die Pfleger haben ein begreifliches Interesse daran, diese zu verheimlichen; schwierig wird die Entdeckung aber, wenn auch der Pflegling Interesse an der Verheimlichung nimmt oder gar selbst den Zuzug veranlasst hat. Gegen den Zuzug männlicher Personen in weibliche Pflegestellen muss man scharfe Obacht haben, um aus oft kleinem Befund rechtzeitigen Verdacht zu schöpfen. Ferner sind bei der Beaufsichtigung diejenigen Pfleglinge, welche durch einen Defect an

Digitized by Google

ihren Sinnesorganen neben ihrem seelischen Gebrechen im Verkehr mit der Aussenwelt behindert sind, besonderer Berücksichtigung bedürftig. Es befanden sich einige Blinde und Taubstumme in Pflege und auch vereinzelt durch Lähmung in ihrer Fortbewegung Behinderte, von denen das gleiche gilt.

Im Uebrigen befanden sich fast alle unsere Kranken körperlich in gutem Zustande; sie waren, wenn auch nicht völlig, so doch zum Theil fast alle arbeitsfähig. Die weiblichen Pfleglinge konnten sich alle mit Ausnahme einiger Alten im Hauswesen nützlich machen, ein Theil davon sich auch mit Handarbeiten, Nähen u. s. w. beschäftigen. Die Männer aber waren fast alle wenigstens hin und wieder beschäftigt, einige von ihnen mit Schreibarbeiten, andere mit Handarbeit; ja es gelang sogar einer Anzahl Pfleglinge, in ein dauerndes Arbeitsverhältniss einzutreten.

Für den Fall körperlicher Erkrankung erhalten die Pfleglinge in Berlin einen Armenarzt zugewiesen; in den Vororten aber ist Vertrag mit dort wohnenden Aerzten gemacht worden. Bei schwerer Erkrankung jedoch erfolgt die Ueberführung in ein städtisches Krankenhaus oder Rückaufnahme in die Anstalt, wenn diese näher gelegen ist.

Kranke, deren psychisches Verhalten Anlass zu einer medicamentösen Behandlung gegeben hätte — etwa zur Verabfolgung von Beruhigungsmitteln — wurden nicht in Pflege gegeben; ausgenommen war die Verordnung von Bromkali, welches von einer Anzahl Pfleglingen regelmässig genommen wurde. Wo einmal zu medicamentösen Beruhigungsmitteln gegriffen werden musste, stellte sich immer bald die Nothwendigkeit der Rückaufnahme heraus.

Einen beträchtlichen Aufwand Mühe verursacht der Pflegewechsel aus einer Pflegestelle in die andere. Dieses Vorkommniss ist nicht selten. Dass ein grosser Theil Kranker leicht geneigt sein wird, die Pflegestelle häufig zu wechseln, und davon nicht zurückgehalten werden kann, ohne andere grössere Uebelstände hervorzurufen, ist jedem, der Kranke kennt, ohne weiteres klar. Aber auch andere Ursachen als nur Veränderungslust der Kranken machen häufig einen Pflegewechsel nothwendig. Da hat der eine passende Arbeitsgelegenheit gefunden und möchte derselben näher wohnen; ein anderer will in der Nähe von Verwandten bleiben, die verzogen sind u. a. m. Es ist gut auf Wünsche der Kranken,

Digitized by Google

welche nach dieser Richtung hinzielen, einzugehen und denselben nach Möglichkeit Rechnung zu tragen; ich halte es für durchaus nothwendig, die Kranken wissen zu lassen, dass auf ihren Wunsch Pflegewechsel vorgenommen wird. Man kann in dieser Beziehung den Kranken in ihren Wünschen nach Veränderung entgegenzukommen nicht weitgehend genug sein; denn ich bin der Ueberzeugung, dass der durchgeführte Grundsatz, bei Wunsch der Pfleglinge Wechsel eintreten zu lassen, einen grossen Theil unliebsamer Ereignisse vermieden hat. Sehr häufig äussert sich das Missfallen eines Pfleglings mit seiner Pflegestelle nicht anders als allein in dem Wunsche verlegt zu werden und ist derselbe durch nichts zu bewegen, nur das geringste ungünstige über seinen Pfleger auszusagen; erst nach erfolgter Verlegung erfährt man, wie berechtigt oft der Wunsch des Kranken nach Veränderung war. Es hat sich der Pflegewechsel trotz seiner Unbequemlichkeit als das beste Mittel, sich unangenehme Erfahrungen zu ersparen, bewiesen.

Dass bei einer Einrichtung wie die hier geschilderte auch üble Erfahrungen zu machen sind, ist begreiflich, dieselben sind auch uns nicht erspart geblieben, und will ich nun versuchen, dieselben gewissenhaft aufzuzählen, ihrer Wichtigkeit nach bei ihnen verweilend.

Obenan stehen hier die Conceptionen; es sind deren 4 vorgekommen, auf 214 Weiber, die sich fast alle im conceptionsfähigen Alter befanden. Der Zustand der betreffenden Kranken war in allen vier Fällen ein derartiger, dass sie als Geisteskranke von Laien nicht erkannt werden konnten; den Pflegern war an diesen Ereignissen eine Verschuldung nicht beizumessen.

Selbstmord ist zweimal vorgekommen unter 424 Personen, mithin weniger als $^1/_2$ pCt. Hier betraf ein Fall ein in den zwanziger Jahren stehendes idiotisches Mädchen, welches sich aus den Fenstern der Wohnung auf die Strasse herabstürzte; der andere aber einen epileptischen Potator, der sich mit einem gekauften Revolver erschoss.

Conflicte mit dem Strafgesetz und Polizeiverordnungen von Seiten unserer Kranken sind weniger vorgekommen, als man bei der grossen Zahl Vorbestrafter unter denselben erwarten konnte. Ein bei den Eltern befindlicher junger idiotischer Bursche betheiligte sich an einem Einbruch; ein älterer Potator übte einen Betrug

Digitized by Google

aus; ein epileptisches Mädchen liess sich von Hausgenossen zur Theilnahme an einem Felddiebstahl verleiten; ausserdem kamen Sistirungen auf Polizeiwache wegen Ruhestörung öfter vor.

Grössere Ruhestörungen und Sachbeschädigungen durch unsere Kranken sind ebenfalls vorgekommen; doch gingen sie fast alle von solchen aus, die bei ihren Angehörigen untergebracht waren, und zwar meistens von Potatoren und Idioten. Häufig war von uns die Nothwendigkeit der Zurücknahme schon ausgesprochen; die Angehörigen hatten sich nur noch nicht entschliessen können.

Ein Fall schwerer körperlicher Misshandlung eines Pfleglings durch seinen Pfleger ist vorgekommen und hat derselbe strafrechtliche Ahndung gefunden. Beschuldigungen, dass sie misshandelt worden seien, sprachen verschiedene Kranke aus: vorgenommener Pflegewechsel und Wiedereintreten derselben Beschuldigung stellten die Sachlage klar. Unangenehm wird die Sache dann, wenn die Kranken ihre Verdächtigungen gegen Hausbewohner aussprechen, und von dieser Seite sodann Denunciationen einlaufen. Der grösste Theil der Kranken mit diesen Neigungen erweist sich bald als zur Familienpflege ungeeignet.

Auch die Entweichungen aus der Pflege sind zu den üblen Vorkommnissen zu rechnen; diese betrafen fast alle erstens rückfällig gewordene Potatoren; doch dauerte es bei diesen meist nur eine Anzahl Tage, bis sie wieder, oft in desolatem Zustande, eingeliefert wurden; zweitens aber Kranke, denen wir bei ihrem Bestreben, in eigene Fürsorge überzugehen, unsere Mithülfe versagt hatten, weil wir das Misslingen voraussahen, auch diese fanden ihren Weg zur Anstalt meist sehr bald wieder. Unangenehm war die Entweichung eines bei seiner Ehefrau untergebrachten ruhigen secundär Blöden, der nach mehreren Tagen an Erschöpfung verstorben in der Haide gefunden wurde.

Bei dem Kapitel von den üblen Vorkommnissen soll auch das Misslingen der Inpflegegabe selbst erwähnt werden. Ein eigentliches Misslingen der Inpflegegabe unter ersichtlicher, in unmittelbarem Anschluss an die Inpflegegabe eintretender Verschlechterung des Befindens habe ich nur zweimal beobachtet: einmal schloss sich bei einer jungen Frau mit hysterischer Seelenstörung unmittelbar ein sehr schwerer Depressionszustand an, der bei sofortiger Rücknahme in die Anstalt langsam abklang; ein andermal

Digitized by Google

trat ein ähnlicher Depressionszustand in gleichem zeitlichen Anschluss an die Inpflegegabe auf bei einer paralytischen Puella publica. Sehr häufig ist es, dass eine Anzahl Kranker, bei denen die Aeusserungen der Krankheit während des Aufenthaltes in der Anstalt gänzlich zurücktreten, sich anders zeigen, sowie sie mit der Aussenwelt in Berührung kommen; es sind dies namentlich die sehr anspruchsvollen Kranken, bei denen sich, wie bei den ihre Umgebung verdächtigenden, die Ungeeignetheit für die Familienpflege bald herausstellt. Ein Misslingen der Inpflegegabe, welches zu einer baldigen Rückkehr in die Anstalt, manchmal schon am andern Tage, führt, kommt auch aus anderen Ursachen vor; nicht selten aus der, dass Pfleger und Pflegling aus irgend einem Grunde äusserlicher Art nicht harmoniren. Bei Potatoren wurde auch einigemale Trunkenheit schon am Tage nach der Inpflegegabe die Ursache zur Wiederaufnahme.

Die Rückaufnahme geht in der Regel so vor sich, dass der Pfleger den Pflegling zurückbringt, oder der Pflegling sich allein zur Aufnahme stellt. Für den Fall, dass bei Aenderung des Befindens es dem Pfleger nicht möglich ist, die Rückführung selbst zu vollziehen, sind diese angewiesen, die Hülfe des nächsten Polizeireviers anzurufen. In diesem Fall wird der Kranke zur Wache geschafft, und von dort erfolgt, auf telephonische Benachrichtigung der Anstalt, die Abholung des Kranken durch Wartepersonal; doch ist dieser Modus selten in Anwendung zu bringen.

Die Fälle, wo Pfleglinge wegen Verschlechterung ihres Befindens oder aus anderen Gründen die Anstalt von selbst wieder aufsuchen, um sich aufnehmen zu lassen, sind sehr häufig.

Die gegebene Möglichkeit einer sofortigen Rücknahme ohne weitere Umstände, ohne ärztliches Attest, ist eine der Annehmlichkeiten der Pflegeeinrichtung. Rechtlich ist diese anzusehen als eine Beurlaubung auf unbestimmte Zeit mit fortlaufender Unterstützung, während welcher der in Pflege befindliche nach wie vor Patient der Anstalt bleibt.

Der Abgang aus der Pflege findet durch Entlassung statt. Ein Theil der Kranken bemüht sich um Arbeitsgelegenheit ausserhalb der Behausung des Pflegers, welche zu erhalten den meisten recht schwer wird. Glückt es dem Kranken und haben wir Ver-

Digitized by Google

anlassung anzunehmen, dass sich derselbe wirklich in eigener Fürsorge wird halten können, so setzen wir den Wünschen desselben bezüglich der Entlassung keine Hindernisse entgegen und entsprechen denselben unter Mitgabe einer Gelduntersttzung und einer Ausstattung an Kleidern und Wäsche.

Ein weiterer Abgang aus der Pflege findet dadurch statt, dass diejenigen Kranken, welche in eigene Fürsorge nicht übergehen können, aber eine Aufsicht der Anstalt nicht mehr nothwendig erscheinen lassen, der Armendirection zur weiteren Fürsorge überwiesen werden. Sie fügen sich denjenigen Kranken zu, welche, ohne durch die Pflege zu gehen, unmittelbar von der Anstalt der Armendirection überwiesen werden.

Mit ihrer Entlassung aus der Familienpflege scheiden diese vorgenannten Kranken gänzlich aus der Irrenpflege aus. Sie werden nun behandelt nach den Grundsätzen, welche auf Hülfsbedürftige im allgemeinen angewendet werden. Es kann billiger Weise nicht erwartet werden, dass die Organe der offenen Armenpflege, mit denen diese Kranken nach ihrer Entlassung in Verkehr treten, die Vorsteher und Mitglieder der Armencommissionen, den oft schwierig zu beurtheilenden und meist nicht leicht zu ertragenden Eigenthümlichkeiten unserer Kranken und ihres Verhaltens volles psychiatrisches Verständniss entgegenbringen, und so kommt es, dass nicht selten diesen das krankhafte Verhalten als Bosheit, Unverschämtheit und dergleichen ausgelegt und demgemäss mit ihnen verfahren wird. Es kann den ehrenwerthen Männern der Armencommissionen, welche durch das Vertrauen ihrer Mitbürger in ihr dornenvolles unbesoldetes Amt berufen sind und nach bestem Wissen und Gewissen handeln, daraus kein Vorwurf gemacht werden, ebenso wenig wie aus dem Umstande, dass sie, durch bestimmt lautende Vorschriften dazu angehalten, in der Bemessung der Höhe der Unterstützung, deren Bestimmung ihnen nunmehr zusteht, die grösste Sparsamkeit walten lassen. Diese Umstände bewirken es, dass ein gewisser Theil (durchaus nicht alle) der von der Armendirection übernommenen Kranken nach kurzem Kampfe zur Irrenanstalt zurückkehrt. Wir haben somit jeder Zeit Gelegenheit, die Nothwendigkeit des Bestehens unserer Einrichtung für eine gewisse Anzahl Kranker, von Neuem bewiesen zu sehen; denn für diese ist es einzig und allein nur in dem Schutze der der Anstalt selbst

Digitized by Google

unterstehenden Familienpflege möglich, sich ausserhalb der Anstalt zu halten.

Von Wichtigkeit für jede Verwaltungsfrage, die der uns beschäftigende Gegenstand wenigstens theilweise ist, ist die Kostenfrage. Wie verhält sich die Höhe der für unsere Pfleglinge nothwendig gewordenen Aufwendung zu der für die in der Anstalt Verpflegten? Es scheint zunächst klar, dass diese Aufwendungen für die besprochene Verpflegungsform niedriger sein werden, wie bei der Anstaltsverpflegung; man könnte sogar meinen, dass sie ganz bedeutend niedriger sein müssten; das ist aber nicht der Fall; denn die Verpflegungskosten der Pfleglinge betragen immer noch etwa zwei Drittel der Kosten der in Anstaltspflege befindlichen Kranken.

Man sieht also, dass es Erwägungen finanzieller Natur nicht gewesen sein werden, welche die für unsere Anstalt maassgebenden Factoren bewogen haben, die besprochene Einrichtung in's Leben zu rufen und zu fördern. Es führt uns dies zu der Erörterung: welchen Werth unsere Einrichtung für die Kranken gehabt hat, und was wir durch dieselbe für unsere Kranken geleistet haben.

Von Bedeutung für die Werthschätzung unserer Einrichtung ist es, anzugeben, was mit den in Pflege befindlichen geschehen wäre, wenn die Familienpflege nicht bestanden hätte. Besonders von den zu Verwandten gegebenen Kranken würde ohne unsere Einrichtung ein grosser Theil in der Anstalt haben verbleiben müssen. Es sind dies besonders Paralytiker, Senile mit einem die Umgebung stark belästigenden Verhalten, hochgradig Schwachsinnige mit aggressivem oder sehr stumpfsinnigem Verhalten, Hallucinirende, Krampfkranke mit häufigen Anfällen, hochgradige Potatoren.

Ein anderer Theil der Kranken wäre, ohne das Bestehen der Familienpflege, zeitweilig beurlaubt, auch wohl entlassen worden, aber sicher nur um bald kränker zurückzukehren. Ich denke hier besonders der Schwachsinnigen mittleren und stärkeren Grades mit oder ohne Krämpfen, bei denen es, selbst bei hinreichend materieller Unterstützung seitens der Armendirection oder Verwandter, durch das alltägliche Leben in Selbständigkeit zu Reibungen mit der Aussenwelt kommt, die geeignet sind, bei ihnen Affecte auszulösen, in Wiederholung derselben schliesslich tiefergehende Stimmungsanomalien hervorzurufen. Diesen Kranken genügt der Schutz, den

Digitized by Google

ihnen die Familienpflege bietet, als Vorkehrung gegen erneute Erkrankung. Bei einem Theil der Kranken war schon das Bewusstsein, unter ärztlicher Controlle zu stehen, genügend, um ihr Verhalten wenigstens in einer gewissen Gleichmässigkeit zu halten.

Ich erwähne hier ferner die Potatoren mit geringer materieller Veränderung, bei denen gleichfalls das Bewusstsein, einer Controlle ihres Verhaltens unterworfen zu sein, mit der Perspective einer jederzeit möglichen Rückaufnahme, ein für das Verbleiben ausserhalb der Anstalt günstiges Resultat zu Stande brachte.

Für einen weiteren Theil Kranker, die aus der Pflege in eigene Fürsorge übergingen, ermöglichte die Familienpflege eine bedeutend früher vor sich gehende Entlassung aus der Anstalt. Diese Kranken verbrachten einen Monate langen Zeitraum ihrer Reconvalescenz ausserhalb der Anstalt.

Eine weitere Anzahl Kranker, die entlassungsfähig waren, wurden nicht sogleich in eigene Fürsorge, sondern zunächst in Familienpflege entlassen.

Es ist keinem Zweifel unterworfen, dass für einen Theil der aus der Irrenanstalt Entlassenen die Lage, in der sie sich befinden, eine schwierige ist und es durch diese Schwierigkeiten vielen nicht gelingt sich in gutem Gesundheitszustand zu erhalten, der es ihnen ermöglicht in der Welt wieder festen Fuss zu fassen, so dass sie der Anstalt bald wieder zufallen. Diese Schwierigkeiten, glaube ich, haben wir einem Theil unserer Kranken, die aus der Pflege in eigene Fürsorge übergingen, erleichtert, und war für diese die Familienpflege eine sehr erwünschte Durchgangsstation zur endgiltigen Entlassung. Ein weiterer bisher nicht erwähnter Vortheil für unsere Kranken ist die Zeitersparniss, welche die Einrichtung der Familienpflege für die zu Entlassenden mit sich bringt, da die Erledigung der Entlassung eines für entlassungsfähig Erklärten auf dem Verwaltungswege naturgemäss mehr Zeit in Anspruch nimmt, als auf dem von uns in diesen Fällen eingeschlagenen Wege.

Für die zuletzt angeführten Kategorien Kranker war also die Pflegschaft nur eine Durchgangsstation. Die Familienpflege hat, wie soeben gezeigt, für die verschiedenen Kranken-Kategorien auch einen verschiedenen, immer aber grossen Werth; so ermöglichte sie einem Theile, der ohne sie hätte dauernd in der Anstalt verpflegt werden müssen, ein Verbleiben ausserhalb überhaupt; einem andern

Digitized by Google

verlängerte die Pflegschaft ihre besseren Zeiten, die sie ausserhalb zubrachten, um ein beträchtliches. Für einen weiteren endlich verkürzte die Familienpflege den Aufenthalt in der Irrenanstalt um einen annehmbaren Bruchtheil, während sie weiterhin eine werthvolle Brücke beim Wiedereintritt in das selbständige Leben, in eigene Fürsorge, wurde.

Das Zustandekommen unserer im Vorgehenden geschilderten Einrichtung ist das Werk persönlicher Bemühungen des Herrn Medicinalrath *Sander*, welcher, nachdem der Familienpflege durch Uebereinkunft mit den betheiligten Behörden im Jahre 1885 die jetzige Gestalt gegeben worden war, persönlich die Leitung der Pflegeangelegenheiten in der Hand behielt, bis die steigende Zahl der Pfleglinge eine Unterstützung nothwendig machte. Nachdem im Jahre 1886 die Zahl der Pfleglinge 10, 1887 34 betragen hatte, übernahm mein College Herr Dr. *Otto* das Amt des aufsichtführenden Arztes. 1888 stieg die Zahl der Pfleglinge weiter auf 50, 1889 auf 55.

1890 übernahm Vortragender von Herrn Dr. *Otto*, dem er für mannichfache Anregung auf dem besprochenen Gebiet sehr dankbar ist, die Aufsicht nach weiterer Steigung auf 102, 1891 auf 133, 1892 auf über 200, wie früher erwähnt. Im allgemeinen hat die Familienpflege die ihr 1885 gegebene Gestalt unter Eintritt nur kleiner Veränderungen beibehalten, da sie sich unter den vorliegenden Umständen bewährte. Es ist nun nicht anzunehmen, dass unter allen Umständen die jetzige Form festzustellen sei; andere Umstände bedingen andere Formen, und dieselbe Sache lässt sich auf verschiedenen Wegen erreichen.

Wenden wir uns nun der Formulirung eines Urtheils über die geschilderte Einrichtung zu.

Ich will mich nicht des einzelnen in eine Besprechung und Kritisirung der mannichfachen in der Literatur immer wiederkehrenden Einwände und Ausstellungen, die gegen die Zulässigkeit und Zweckmässigkeit einer Einrichtung wie die unsere gemacht worden sind, einlassen. Die Negirung der Möglichkeit einer hinreichenden Beaufsichtigung ist die wichtigste.

Es kann ja keinem Zweifel unterliegen, dass ein Theil der geäusserten Bedenken seine Richtigkeit hat; es handelt sich nur darum, ob die Schattenseiten nicht durch Vortheile aufgewogen werden, die man durch jene, wie bei fast jeder Einrichtung in der

Digitized by Google

Welt, erkauft. Ist ja doch auch die Einschliessung unserer Kranken in einer (geschlossenen) Anstalt selbst eine Schattenseite, die wir nur, getrieben durch die Nothwendigkeit, durch jene Vortheile für unsere Kranken zu erreichen, über diese verhängen. So wenig man geneigt sein wird, Ereignisse, wie die vorgekommenen Selbstmorde und Conceptionen zu unterschätzen, so wenig können sie als hinreichender Grund angesehen werden, unsere Familienpflege aufzugeben oder etwa der Conceptionen wegen die conceptionsfähigen Weiber davon auszuschliessen. Was einer für Erfahrungen macht mit dieser Einrichtung, wird ja ganz verschieden sein je nach der Auswahl der Kranken, die er hinausgiebt, und nach den Verhältnissen, unter denen er dies thut. Dass namentlich diese äusseren Verhältnisse nicht immer ganz geeignete gewesen sind, kann ja wohl angenommen werden.

Wir sind in der glücklichen Lage gewesen, auf einem für gedeihliche Entwicklung der Familienpflege geeigneten Boden zu arbeiten; dementsprechend sind auch unsere Erfahrungen günstige gewesen.

Die Umstände, welche uns begünstigten, will ich der Reihe nach hervorheben.

Das Gebiet, in dem unsere Kranken vor der Aufnahme in die Anstalt sich bewegt haben, liegt nicht entfernter als drei Meilen von dieser. Der Verkehr der Kranken mit ihrer früheren Umgebung ist ein reger in Folge der kurzen Entfernungen, welche häufige Besuche von Angehörigen, Freunden und Bekannten mit sich bringen. Die Wiederanknüpfung mit der Aussenwelt ist, wenn der Verkehr überhaupt unterbrochen wurde, eine leichte. Die Grossstadt und ihre Umgebung lieferte uns in ihren so mannichfachen Existenzen ein reichliches und, wenn man sich die Mühe persönlicher Auswahl nicht verdriessen lässt, auch gutes Material für Pflegestellen aus einer Bevölkerung, die sich in Folge ihrer Gutmüthigkeit und verständnissvollen Hinwegsehens über Schwächen und Sonderbarkeiten ihrer Nebenmenschen zu dieser Verwendung besonders eignet. Eine genügende Beaufsichtigung wird ermöglicht dadurch, dass das Gebiet, auf dem die Pfleglinge untergebracht sind, nur eine Anzahl Quadratmeilen umfasst, ein Gebiet, das durch Eisenbahnen, Dampfstrassenbahn, Pferdebahn, Dampfschiff nach allen Richtungen hin aufgeschlossen und zu durchqueren ist.

Digitized by Google

Ferner ist eine nicht zu unterschätzende Erleichterung die vereinbarte Behandlung körperlicher Erkrankungen durch die Armenärzte.

Auch darf nicht unterschätzt werden das hohe Verständniss, mit dem unsere vorgesetzte Behörde, das Curatorium der Irrenanstalt, in anerkennenswerther Einsicht und Vorurtheilslosigkeit die Entwicklung unserer Einrichtung befördert hat.

Ein weiterer wesentlicher hierhergehöriger Punkt ist der, dass unsere Anstalt im Wesentlichen zu dem Zwecke gegründet ist, um den Anforderungen, welche aus den Verpflichtungen der Stadt Berlin betreffs der polizeilichen Armenpflege folgen, nachzukommen. Unsere Anstalt wird also von der Gemeinde, welche unsere Armenkranken nach ihrer Entlassung unterstützt, selbst unterhalten. Während nach der Entlassung eines Kranken aus einer Provinzial-Irrenanstalt die Provinzialverwaltung weitere Aufwendungen für den Entlassenen nicht zu machen hat, gehen bei uns die Kosten für die Kranken während und nach dem Aufenthalt in der Irrenanstalt aus demselben Beutel.

Eine Provinzialanstalt würde also wohl zu wesentlich anderen Grundsätzen, wie unsere städtische Irrenanstalt, kommen und eine wesentlich andere Auffassung der Familienpflege, wo sie eine solche einrichten würde, zur Geltung bringen.

Dass die Familienpflege anderswo nur in einer andern Form wird bestehen können, dass Zuschnitt und Maassstab überall wird ein anderer sein müssen, ist sicher; ebenso auch dass sich überall diese Form nur langsam unter Versuchen und Veränderungen wird herausbilden. Die Art und Weise der Ausnutzung der gerade vorliegenden Verhältnisse, die richtige Anlehnung an die einmal gegebenen äusseren Umstände ist das wesentliche bei der Einrichtung der Familienpflege.

Nirgendwo als hier dürfte es nothwendiger sein, ohne jede vorgefasste Meinung an die Sache heran zu gehen; nirgendwo dürfte vorzeitige Reglementirung schädlicher und hemmender sein. Freisein von jeder Schablone äusserlich, Freisein von jeder Voreingenommenheit innerlich ist erforderlich, um ein fruchtbares Gedeihen zu sichern.

Eine sehr einsichtsvolle vorgesetzte Behörde, welche grossen Spielraum zu freier Bewegung und eigener Entschliessung lässt, ist nothwendig. Ohne eigene persönliche Bemühungen wird, wo diese

Digitized by Google

Einrichtung neu ins Leben gerufen werden soll, nichts zu erreichen sein, und einer rein bureaukratischen Behandlung gegenüber erweist sich der besprochene Gegenstand als ein sehr spröder.

Ich fasse dahin zusammen:

1. Die Familienpflege ist anzusehen nicht als Nothbehelf, sondern als nothwendige, werthvolle Ergänzung einer öffentlichen Anstalt, als eine den übrigen gleichwerthige Verpflegungsform.
2. Die Einrichtung wird sich nicht überall, aber vielleicht an einer grösseren Anzahl öffentlicher Anstalten als bisher, immer im Anschluss an eine solche, ausführen lassen.
3. In grossem Maassstabe ausgeführt, wird die Einrichtung der Familienpflege eine Entlastung der Anstalt zu Stande bringen können.
4. Es ist als wesentlich für das Gedeihen der Familienpflege zu erachten, dass die Beaufsichtigung der Pfleglinge und Pflegestellen in den Händen eines Arztes liegt.
5. Das finanzielle Moment der Ersparniss an Verpflegungskosten kann als wesentlich für die Familienpflege nicht angesehen werden, da die Kosten derselben nur wenig geringer sind als die bei der Anstaltsverpflegung; es ist vor übertriebenen Erwartungen nach dieser Richtung hin zu warnen.
6. Bei verständiger Ausführung unter nicht zu ungünstigen äusseren Verhältnissen überwiegen die Vortheile der Einrichtung die hervortretenden Schattenseiten soweit, dass eine Berechtigung, dieserhalb den Bestand derselben anzugreifen, nicht anerkannt werden kann[1]).

Ich habe die angenehme Pflicht, für gütige Erlaubniss der Veröffentlichung und der Benutzung des Materials, wie für gütige Anregung Herrn Medicinalrath Dr. *Sander*, wie Herrn Professor Dr. *Moeli* meinen herzlichsten Dank zu sagen.

[1]) Ausführlichere Mittheilung hierüber habe ich in Arbeit.

Digitized by Google

Zur Geschichte der freien Behandlung und der Anwendung der Bettruhe bei Geisteskranken.

Von

Otto Klinke, Oberarzt der Prov.-Irrenpflegestation Tost O.-S.

Der Satz, dass für jeden Kranken, also auch für den Geisteskranken, Ruhe und Abhaltung aller Reize unter möglichster Vermeidung jedes Zwanges das erste Bedürfniss und nothwendigste Erforderniss sei, hat doch, so selbstverständlich er heute klingt, in der Psychiatrie, selbst von der Zeit ab, als man überhaupt anfing, Irre als Kranke anzusehen und dementsprechend zu behandeln, erst recht langsam und spät allgemeine Anwendung gefunden, und die Reformen *Conolly*'s haben nur nach langem Für und Wider mühsam weiteren Eingang sich verschaffen können. Selbst heute noch, über fünfzig Jahre nach der von *Conolly* angestrebten Einführung des no-restraint, sind die Principien des Systems, des soothing system, wie Dr. *Sankey*[50] sich ausdrückte, als durchweg anerkannte und allgemein gültige in der Behandlung psychisch Kranker leider noch nicht Gemeingut aller Aerzte, die mit Geisteskranken zu thun haben. Finstere, mittelalterliche Anschauungen, dass der Kranke nur eigensinnig und niederträchtig sei, Mucken zeige und „trotz seines Blödsinns" für seine Unarten oder seine Neigung zur Unsauberkeit verantwortlich sei oder simulire und körperlich gezüchtigt werden müsse, damit er sich der Ordnung des betreffenden Krankenhauses füge oder sich reinlich verhalte — derartige Anschauungen findet man auch heute noch nicht blos in Laienkreisen, sondern auch bei psychiatrisch gebildeten Aerzten! Nach der veralteten *Leuret*'schen Idee, durch Einschüchterung auf die Kranken zu wirken, dient die Douche, in möglichst kräftigem

Digitized by Google

Strahle, aus bedeutender Höhe oder womöglich aus der Feuerspritze und zwar so lange, bis der Patient sich nachgiebig zeigt oder es wenigstens scheint (weil ihm der Athem ausgeht!) noch heute in Krankenhäusern zur Entlarvung der Simulanten, die da merkwürdiger Weise, im Gegensatz zu andern Erfahrungen, auffallend häufig vorkommen, und ein Widerspruch hiergegen wird von den Gegnern humaner Bestrebungen einfach mit dem Ausdruck „Humanitätsduselei" abgethan. (Cf. z. B. die Broschüre contra *Krohne* von Dr. *Nekebehn*.) Dass derartige Maassnahmen, bei denen man unwillkürlich an den Hexenhammer und die mittelalterlichen Folterapparate erinnert wird, und als deren zu erstrebendes Endziel ihren Anhängern die Wiedereinführung der Prügelstrafe erscheint, wenig dazu beitragen, das in Laienkreisen trotz aller Belehrungen über Irre (ich betrachte auch die Insassen der Corrections- und Arbeitshäuser als psychisch minderwerthige Existenzen, und ein grosser Theil derselben ist geisteskrank) und Irrenwesen herrschende Vorurtheil zu widerlegen — ich erinnere nur an die Schriften von *Meyer, Brosius, Erlenmeyer, Engelhorn, Scholz*-Bremen etc. — auch der Aufsatz von *Jessen*[6] gilt noch für die heutigen Verhältnisse — liegt auf der Hand.

Die Frage nach dem Wesen und eigentlichen Kernpunkt des no-restraint-Systems ist eine oft ventilirte und hat bis zu ihrer definitiven Entscheidung viel, viel Zeit gebraucht. „Das Verbot von Banden und Zwangsjacken bei der no-restraint-Methode ist nur das formelle und negative Element, dagegen das positive derselben, dass der Kranke durch Milde, Güte und auf beruhigende Weise behandelt werden soll"[45], oder, wie *Andel*[81], unter Hinweis auf *Griesinger*[139] ausführt: „der negative Theil dieser Methode besteht darin, dass keine mechanischen Mittel, welche den Gebrauch der Glieder beschränken, bei der Behandlung Geisteskranker angewandt werden, die positive Seite ist der günstige moralische Einfluss, welchen die freie Behandlung auf das Leben der Anstalt ausübt". Und doch hat sich merkwürdiger Weise in der ganzen Zeit, die der Einführung des *Conolly*'schen Systems folgt, ein grosser Theil Streites immer mehr um die Frage gedreht, ob und wie weit die Abschaffung von Zwangsmitteln zulässig sei, ein Punkt, der, wie die Opposition gegen die *Conolly*'sche Reform überhaupt, „kein freundliches Blatt in der Geschichte der Psychiatrie darstellt"[19],

Digitized by Google

zumal die Triebfeder *Conolly*'s einzig und allein die Humanität war. Eine Erklärung für dieses eigenthümliche Verhalten lässt sich nur finden, wenn man die Geschichte der Psychiatrie als Ganzes betrachtet und die aus den früheren Jahrhunderten überkommenen Anschauungen und Vorurtheile mit in Erwägung zieht, denen gegenüber die *Conolly*'sche Reform, die auch nicht das Werk eines Augenblicks war, sondern langsam herangereift war, natürlich einen schweren Kampf zu bestehen hatte. Das Alterthum kommt für unsere Darstellung hier wenig in Betracht, zumal die alten Völker Irrenanstalten nicht kannten. Zwangsmittel scheinen im Ganzen wenig in Anwendung gebracht worden zu sein, nur *Celsus* empfiehlt dieselben bei Tobsucht (*Falk*[49]), dagegen berührt es wohlthuend zu lesen, dass *Caelius Aurelianus* (im 5. Jahrhundert) die Manie mit Bettruhe und Isolirung behandelte und nur im Nothfalle einen mässigen Zwang für zulässig erachtete. (ibid.) Dem Mittelalter war im Allgemeinen die Idee, dass für den hülfsbedürftigen Menschen ein rechtlicher Anspruch auf Unterstützung von dem Staat oder die Gemeinde existire, fremd (s. *Bender*[159]), zumal den vom Bösen Besessenen, die daran selbst die Schuld trügen, brauche man deshalb auch nicht zu helfen, doch fanden in den ersten Jahrhunderten desselben weniger Misshandlungen der Kranken statt, als später (*Kirchhoff*[127]), wo der Glaube an die Einwirkung übernatürlicher Wesen etc., an die durch Hülfe von bösen Geistern entstehenden Beschädigungen von Menschen, Thieren und Früchten u. dergl. die Hauptquelle für die Entstehung von Hallucinationen und Wahnvorstellungen mannichfacher Art wurde und zu den Hexenverfolgungen etc. führte[14]. (Ferner die Arbeiten von *Ideler, Spengler, Hecker, Witkowski, Kirchhoff*[106 116 127], *Otto Snell*[129], *Laehr*[115 145], *Ullersperger*[61], *Fischer*[68], *Schmitz*[102], *Hoppe*[129] u. andere.) Angaben über vereinzelt für Irre schon recht frühzeitig errichtete Asyle in Deutschland, Schweden, Italien, Spanien finden sich in den eben angeführten Arbeiten, zur Illustration aber, wie in denselben für die Kranken gesorgt wurde, erwähne ich hier nur, dass das von dem Cardinal *Franç. Barberini* (Anfang des 17. Jahrhunderts) erlassene Reglement über die Behandlung der Irren (Irrenanstalt St. Maria della Pietà zu Rom) einen systematischen Züchtigungscodex für Tobende enthielt[48]. Irre und Verbrecher rangirten bekanntlich auf einer Stufe, wohnten zusammen und wurden gegen Trinkgelder,

Digitized by Google

die für die Anstalten eine Einnahmequelle bildeten, begafft. Bei der Aufnahme wurde ihnen zur Begrüssung, wie den Landstreichern, der übliche „Willkomm“ ebenfalls erwiesen. (s. [43], ferner *Berkhan*, verschied. Aufsätze [auch cit. b. *Kirchhoff*], *Alter*, Gründung und Entwicklung der Prov.-Irrenanstalt zu Brieg etc.)· Erst von der Mitte des vorigen Jahrhunderts datirt bekanntlich ein Umschwung in der Geschichte der Psychiatrie (*Laehr*[115]), mit dem Auftreten *Pinel*'s, *Reil*'s, *Chiarugi*'s, der schon 1786, also vor *Pinel* das Loos der Irren zu erleichtern suchte[126], *Pisanis*[72], *W. Tukes*, dem eigentlichen Vorläufer *Conolly*'s, der 1792 die Anstalt York gründete und die ersten Principien der freien Behandlung aufstellte[124], *Rusch*'s. Aber auch mit dem Fallen der Ketten schlug für die armen Irren noch lange nicht die Stunde einer freieren Behandlung. An Stelle der mittelalterlichen Folter und Ketten traten Jacken und Riemen, Drehstühle, Zwangsbetten, und merkwürdig genug erblickte man in der möglichst weitgehenden Beschränkung, die doch wohl anfänglich nur Laienwerk und aus einem Acte der Nothwehr hervorgegangen war[79], ein ärztliches Heilmittel, deren Anwendung nur zum Besten der Irren dienen sollte. Diese Anschauungen widerstrebten selbst den humansten und tüchtigsten damaligen Psychiatern nicht. Ich erwähne hier folgende Stellen aus einem Berichte *Langermann*'s[11] aus dem Jahre 1804: „Zu dem Heil- und Bändigungsapparate des Instituts gehört nothwendig eine Elektrisirmaschine . . . Die Disciplin, unter welcher die Irren stehen sollen, bestimmt nur der Arzt. Ebenso dürfen Gefängniss, Strafe und Schläge nur allein von ihm bestimmt werden.“ Im Jahre 1810 unternimmt der damalige ärztliche Leiter der Anstalt Neu-Ruppin eine wissenschaftliche (!) Reise nach Berlin, von welcher er die Einrichtung des Sackes, der Drehmaschine und die Einrichtung des Zwangsstehens mitbringt[4]. Erst im Jahre 1821 wurde in Folge besonderen Ministerial-Rescripts die fernere Anwendung des Sackes untersagt. Wie man die Kranken damals zu unterhalten suchte, sie mit hölzernen Gewehren exerciren liess etc. ist bekannt, ebenso kann ich die Schriften von *Horn* und *Hayner* hier übergehen. Erst über 40 Jahre nach *Pinel*'s Tod, nachdem die Anwendung der Zwangsmittel, wie es scheint, gerade in England den weitesten Umfang gewonnen hatte, machte (1838) der Hauswundarzt *Hill* in Lincoln den ersten Versuch mit der Abschaffung derselben, den

Digitized by Google

1839 *Conolly* mit grösserem Nachdruck und dauerndem Erfolge wiederholte. Den Rückgang des restraints kann man aus einer kleinen Tabelle des Hospitals Bethlem aus den Jahren 1839—43 ersehen [5].

So waren im Jahre 1839 von 311 Kranken unter restraint 11 = 3,53 pCt.
- - 1841 - 341 - - - 9 = 2,64 -
- - 1843 - 367 - - - 3 = 0,81 -

Nochmals trat in England in den folgenden Jahren ein kurzer Rückschlag ein, wie aus Berichten damaliger Zeit [11 12] hervorgeht, dann erfolgte die möglichst weitgehende und allgemeine Abschaffung der Zwangsmittel unter fortwährender scharfer Controlle der Commissioners. Dagegen ging es auf dem Continente langsamer vorwärts mit dem Streben nach freier Behandlung. Man steckte noch zu sehr in den alten Anschauungen. In einem Rechenschaftsbericht aus dem Irrenhause Ebersbach aus dem Jahre 1844 heisst es: „Gegen Disciplinarvergehen wurden Isolirung mit und ohne Kostentziehung, sodann in 18 Fällen Zwangsweste, Zwangsstehen, Zwangsstuhl und hohes Rad angewandt. Die hierunter nicht begriffenen Maassnahmen zur Sicherung der Kranken sollen künftig ebenfalls aufgezeichnet werden [8]." Ferner in dem ersten Bericht über die Irrenanstalt zu Sorau vom Jahre 1846 [9]: „Ein unentbehrliches Requisit zur Verpflegung und ärztlichen Behandlung der Irren sind zweckmässige Beschränkungs- und Bändigungsmittel. Vielleicht sei ein Versuch mit dem no-restraint in Heilanstalten zu empfehlen — es würden zu viel Wärter erforderlich." Darauf folgt die Aufzählung der verschiedenen Zwangsmittel, Drahtmaske, gepolsterte Leibgurte u. s. w. Wohl fehlte es schon damals nicht an gegentheiligen Bestrebungen, und mit Recht sieht *Basting* [3] (s. auch [6]) den Hauptgrund, weshalb die Zwangsmittel noch so häufig angewandt wurden, mit in der Bequemlichkeit des Dienstpersonals. Vielfach glaubte man, wie auch *Jacobi* [2], dass bei Einführung des no-restraints mehr Isolirungen nöthig würden. Die tobsüchtigen Kranken würden die andern Patienten zu sehr stören, tagelang müssten die Kranken festgehalten werden, das Wartpersonal würde erschöpft u. s. w. Bettruhe erwähnt er nicht. Die Anschauung, dass die Kräfte tobender Kranken nur durch Anwendung von Beschränkungsmitteln, die ihre excessiven Bewegungen hinderten, geschont werden könnten, war eine so fest gewurzelte, dass uns Aeusserungen,

Digitized by Google

wie von Prof. *Albers*[18 34], dass das no-restraint in schweren Anfällen nutzlos, ja entschieden nachtheilig wirke durch Steigerung der Heftigkeit und Verlängerung der Anfälle, oder dass es kein schädlicheres Verfahren gebe, als einen mit entzündlichen Hirnzuständen Behafteten, der, in die Zelle eingesperrt, ruhig im Bett, die Krankheit der Heilung entgegenführen solle, nicht Wunder nehmen können. Wie elend es damals um die armen Kranken noch aussah, davon geben Schilderungen, wie die von *Knörlein*[46] beredtes Zeugniss. Unsaubere Kranke glaubte man mit schimpflicher Züchtigung behandeln zu müssen[47]. In Florenz befanden sich in einem Saale gegen 40 Frauen, welche wild durcheinander tobten und schrien, während einzelne auf Stühlen in restraint waren. Die Isolirzimmer waren eng und niedrig, die Speisen wurden den Kranken auf einer Drehscheibe zugeführt[57]. In Ungarn gab es 1853 noch keine Irrenanstalt[19]. Bekannt sind die Schilderungen über das Irrenwesen in Cöln aus dem Jahre 1854[22] (Männer und Frauen in Käfigen nebeneinander; dagegen lagen in einer Privatanstalt des Dr. *Lennartz* die unruhigen Kranken zu Bett!) und die Mittheilungen *Seiffert's*[25] über die öffentlichen Anstalten in Paris[51 57]. Ueberhaupt ist zu constatiren[51], dass (selbst noch im Jahre 1878) nirgends mehr Zwangsmittel angewendet wurden, als in Frankreich[76], während die Nachrichten über die belgischen Anstalten im Allgemeinen günstig[21 56], am günstigsten aber allenthalben die über englisches Irrenwesen vorliegenden Berichte lauten[28 26 56]. Von der Mitte der fünfziger Jahre ab begann auch in Deutschland die Reform *Conolly's* mehr und mehr festen Fuss zu fassen und Anhänger zu gewinnen[122]. So empfiehlt *Hagen*[17] die möglichste Beschränkung der Zwangsmittel, hat aber doch noch unter 120 Kranken immer 2—3 durchschnittlich in der Jacke. Er bespricht Isoliren und Alleinwohnen, erwähnt *Guislain*, der fast alle Melancholiker im Beginn der Erkrankung, etwa 2—3 Monate, im Bett liegen lasse (Leçons orales, tom. III, 22), hält jedoch für die älteren Melancholien Bettliegen und Einsamkeit für einen Nachtheil. Die Behandlung Tobsüchtiger mit Bettruhe finde ich auch bei ihm nicht angegeben. Die Isolirung aller neu angekommenen Fälle während der ersten 2—3 Wochen hielt man für absolut nothwendig, selbst für agitirte Melancholiker[33 44]. Als einer der ersten trat *Brosius* auf der Naturforscherversammlung in Carlsruhe

Digitized by Google

September 1858 für das no-restraint ein, dessen unbedingte Anwendung aber in der Majorität keine Anerkennung fand[28]. Man sprach sich dahin aus, dass das System seine Entstehung den eigenthümlichen historischen, socialen und politischen Zuständen Englands verdanke und deshalb nicht gleicher Weise anderswo Anwendung finden könne. 1860 erschien die *Brosius*'sche Uebersetzung des *Conolly*'schen Buches, das *Dick*[29] eine psychiatrische Hauspostille nannte. In seinem eingehenden Referat suchte er nachzuweisen, dass das echte no-restraint keine englische Erfindung sei, weder Wahrheit noch Fortschritt bedeute und der Verfasser in seinem Urtheile nicht gerecht sei. Indem er sich auf *Morel* beruft, der ebenfalls nicht einem absoluten no-restraint huldigte und gegen *Kieser, Griesinger* und *L. Meyer* (Hamburg) vor allzu sanguinischen Hoffnungen bezw. der absoluten Abschaffung jedes Zwanges warnte, suchte er an mehreren Beispielen die Unmöglichkeit, jede Beschränkung aufzuheben, nachzuweisen. Auf der Naturforscherversammlung zu Hannover 1865 betonte *Brosius* abermals die Nothwendigkeit, frische Fälle mit Ruhe und Isolirung zu behandeln[46 67 74]. Auch die Berichte aus Anstalten, welche für eine gänzliche Abschaffung der Zwangsmittel plädirten, mehrten sich[35 52], die Frage des no-restraint kehrte aber auf den Naturforscherversammlungen immer wieder[53], nachdem *L. Meyer*[42] in seinem ausgezeichneten Aufsatze: das no-restraint und die deutsche Psychiatrie warm dafür eingetreten war und als die Ursache der Opposition speciell die alten Anschauungen *Heinroth*'s, *Reil*'s, *Ideler*'s, daneben die Ueberfüllung der Anstalten etc. nachgewiesen hatte. Auch in Frankreich erfolgte mehr und mehr die Anerkennung der Ideen *Conolly*'s nach eingehender Prüfung der englischen Verhältnisse[37 38], doch sprach man sich hier noch weniger, wie in Deutschland, für das absolute no-restraint aus. Einzelne, zumeist wohl chirurgische Fälle, welche sich für das no-restraint nicht eigneten, wurden von den Gegnern und selbst von den Anhängern des Systems immer wieder als Gegenbeweise ins Feld geführt[41], unter andern eiferte *Neumann*[62] gegen dasselbe und gegen die von nun an mit den Fortschriten der Chemie aufgedeckten und in Anwendung gebrachten Schlafmittel, in denen er nur ein neues, chemisches restraint erblickte.

Wie es Ende der sechziger Jahre mit der Abschaffung der Zwangsmittel in Deutschland und der Schweiz bestellt war, geht

Digitized by Google

aus einem Reisebericht aus den Jahren 1869 u. 70 von *Gehewe*[51] hervor. Ueberall ist eine möglichste Beschränkung der Anwendung der Zwangsmittel zu constatiren, in der Anstalt Göttingen allein wird die Behandlung von Erregungszuständen mit Bettruhe erwähnt, wie ich hier ausdrücklich hervorhebe. Was war im Allgemeinen an Stelle der Beschränkungsmittel getreten? Statt wie früher die Kranken „austoben zu lassen" oder ihrem abnorm gesteigerten Bewegungsdrange Schranken aufzuerlegen, suchte man sie allenthalben nunmehr nutzbar zu machen und zur Beschäftigung heran zu ziehen. Statt der Ruhe die Arbeit und zwar möglichst intensive Arbeit. So segensreich auch die Beschäftigung für einen grossen Theil der Irren allgemein anerkannt werden muss, so verwerflich muss es doch bezeichnet werden, alle Kranken, frische und alte Fälle, ohne Ausnahme zur Arbeit heranziehen zu wollen. Ich denke hier an einen ausgezeichneten und verdienstvollen Psychiater, der sofort alle frisch aufgenommenen Fälle zur Arbeit bestimmte, und dessen erste Frage bei der einige Stunden darnach vorgenommenen Krankenvisite stets war, ob und was der Patient bereits geleistet habe. Ein anderer Psychiater, dem ich rieth, Epileptiker während der Aufregungszustände zu Bett zu legen, fand diesen Vorschlag grausam! Genug hiervon, ich werde weiter unten nochmals auf das Thema der Bettbehandlung zu sprechen kommen und wende mich vorläufig wieder zu meinem historischen Excurse. Aus antiquarischem Interesse habe ich bereits erwähnt, dass *Caelius Aurelianus* Aufregungszustände mit Bettruhe zu behandeln suchte. *Esquirol* kannte neben der Beschränkung nur die Isolirung als Beruhigungsmittel, ebenso finde ich bei *Guislain*[138] nur Ruhe, Isolirung und Zwangsmittel empfohlen, doch soll er nach *Hagen*[17] und *Brosius*[130] auch die Anwendung der Bettruhe, wenigstens für die melancholischen Zustände, bereits angegeben haben. *Brosius* versichert auch, dass bereits *Conolly* die Bettbehandlung gekannt habe. *Griesinger*[139] empfiehlt dieselbe als passend für manche acute Melancholien mit grosser Körperschwäche, *Neumann*[140] erwähnt ihrer gar nicht, dagegen ferner *Brosius, Erlenmeyer, Snell*[62] auch bei Tobsüchtigen, des weiteren *Hergt*[69] speciell wieder für Melancholische, indem er allerdings räth, dieselben eventuell im Bette zu befestigen, sodann *Fürstner*[71] bei Alkoholisten, endlich *Scholz*. Aus einem Referat über „Bremische Irrenpflege"[72] aus

Digitized by Google

dem Jahre 1879 erwähne ich hier folgendes. Seit dem Jahre 1877 waren in der Bremer Anstalt die Tobzellen cassirt und die Bettbehandlung, die bereits von *Griesinger* gepriesen und nach einem Bericht *Erlenmeyer's* auch in Paris mit Erfolg geübt wurde, eingeführt worden. Seitdem wurden sowohl frisch erkrankte, als auch chronische intercurrent aufgeregte Kranke nicht mehr isolirt, sondern gemeinsam in ihrem Bett auf der Wachtabtheilung behandelt. Die Erfolge waren vorzügliche, indem nicht allein die meisten der mit der Isolirung zusammenhängenden Uebelstände in Wegfall kamen, sondern es wurde auch der Affect herabgemindert, die Kräfte der Kranken besser erhalten, üble Gewohnheiten herabgemindert und es offenbarte sich vor allem auch ein grösserer, moralischer Einfluss auf das Wartpersonal, welches sich gewöhnte, die Irren für körperliche Kranke anzusehen. Nur auf einen der zuletzt erwähnten Punkte, den Wegfall der Isolirung, den ich für einen der grössten Vorzüge der empfohlenen Behandlungsart erachte, will ich kurz eingehen. So werthvoll die Isolirung und so allgemein anerkannt dieselbe als Beruhigungsmittel nach Abschaffung der Zwangsmittel war und noch heute ist — für einzelne Fälle erscheint die Anwendung der Bettruhe im Einzelzimmer direct nothwendig und nutzbringend — so ist sie doch viel häufiger zu umgehen bei möglichst ausgedehnter und rationeller Anwendung der Bettruhe. Wer je eine Isolirzelle betreten hat, vielleicht am Morgen, wenn der Kranke darin die ganze Nacht herumgewirthschaftet, das Bettzeug zerstört, das Stroh herumgestreut, die Wände und Dielen mit Koth beschmiert hatte, wird einen unangenehmen, niederschlagenden Eindruck nicht haben verwinden können und sich, nachdem er die Vorzüge des andern Systems kennen gelernt hat, nicht so bald wieder zur Isolirung eines Kranken entschliessen. Freilich, die stricte Durchführung desselben ist nicht leicht und bringt eine Menge Arbeit und Mühe mit sich für Arzt und Wartpersonal. Jedenfalls darf nicht, wie das leider noch vielfach geschieht, die Möglichkeit und Notwendigkeit, Kranke zu isoliren, von dem Wartpersonal, selbst nicht vom Oberwartpersonal abhängig gemacht werden, resp. denselben überlassen bleiben. Immer ist vorher ein prolongirtes Bad zur Beruhigung zu versuchen, wie überhaupt die ausgedehnte Anwendung der Bäder die mächtigste Unterstützung für die Therapie der Bettruhe bildet.

Digitized by Google

Trotz der vorangegangenen vielfachen Empfehlungen der Bettbehandlung als eines ausgezeichneten Mittels, den Zwang zu beseitigen und die Isolirung zu umgehen, den Irrenanstalten überhaupt mehr und mehr das Ansehen von Krankenhäusern zu geben, konnte dieselbe doch nur langsam sich allgemeineren Eingang verschaffen. Vieles aus der früher geübten Behandlungsweise, die Blutentziehungen, Haarseil, Noxen etc. war verschwunden oder fand höchst selten noch hie und da Anwendung, der geschlossene Charakter der Anstalten wurde mehr und mehr aufgegeben, man errichtete Colonien, baute im Pavillonsystem, sprach von Familienpflege (nach dem Muster des vielbesuchten und viel geschilderten Gheel[55] u. a. und englischer Verhältnisse) vom open-door-System[89 100 111], von dem Einfluss des blauen und rothen Lichts[88] auf Geisteskranke, construirte Leinwand- und Polsterzellen[93 96] (noch im Jahre 1884), aber die Frage nach der Abschaffung der Zwangsmittel verschwand auch in den 70er Jahren und später nicht aus der Discussion. Auf der Versammlung in Berlin (März 1879) führte *Laehr*[77] aus, wie das *Conolly*'sche System nicht die Ursache einer neuen Richtung in der Behandlung psychisch Kranker sei, sondern ebenfalls eine Folge der neuen Richtung, welche mit der Zeit begann, wo die Behandlung in die Hände der Aerzte, d. h. als die Medicin aus der naturphilosophischen Schule in die der exacten Naturbeobachtung überging. Zwang anzuwenden sei, wie sonst auch in der Medicin (z. B. bei Typhus) ebenso in der Psychiatrie so und so oft nothwendig, die nasse Einwicklung wäre ebenfalls Zwang u. s. w. Die Discussion über die Frage des no-restraint (Juni 1879)[78] ergab in der Mehrheit die Ansicht, dass Zwangsmittel nicht völlig umgangen werden könnten. In besonders scharfer und eindringlicher Weise trat *Westphal* für *Conolly* ein. Ausser etwa für einzelne chirurgische Fälle kennt er keine Indication für die Zwangsjacke. Man habe *Conolly* auch nicht verstanden und lese z. B. die Carricatur des no-restraints von Hofrath *Stimmel* (*Laehr*'s Ztschr. Bd. VIII p. 624). Das beste Substitut für die Jacke, hob *Brosius* auf derselben Versammlung hervor, sei gutes, reichliches Essen. Wenn man wolle, sei Isolirzelle und die Anstalt mit ummauerten Höfen auch ein Zwangsmittel, nur ein weiteres und grösseres. Die Frage, ob Isolirung, Handschuhe, die Schlundsonde, nasse Einwicklungen auch zu den Zwangsmitteln zu rechnen seien, blieb unentschieden,

Digitized by Google

ebenso sprechen sich auf der Versammlung der Rheinischen Psychiater[80] Stimmen dafür und dagegen aus. Nochmals führte *Brosius*[83] aus, dass es sich bei dem no-restraint nicht um die Abschaffung der Zwangsmittel, sondern darum handle, ob damit immer dem Kranken eine Wohlthat erwiesen werde. Aehnlich *Bécoulet*[94]: das wahre non-restraint bestehe in etwas anderem und noch viel mehr, als in einseitiger Verwerfung der Zwangsjacke. Im Allgemeinen konnte man sich in Frankreich, wie ich bereits erwähnte, für die absolute Abschaffung der Zwangsmittel nicht erwärmen, erblickte vielmehr in der Jacke so und so oft ein directes Heilmittel[86]. In der Salpetrière sah *Wildermuth* die Kinder in einer Art von Zwangsstühlen. Auch die Anwendung der kalten Douche war häufig[97]. Aehnlich lauten auch noch die letzten Reiseberichte aus Frankreich[146]. In England herrschte die weitgehendste freie Behandlung*), doch fiel *Ripping*[66] noch 1873 die grosse Zahl der single rooms auf. In Schottland cultivirte man speciell das open-door-System[89 97 100 111]. In Schweden sah *Claus*[95] noch mehrfach Zwang in Anwendung, in Russland vertheidigte speciell *Korsakow*[114] das no-restraint (siehe ferner über russische Verhältnisse[107 108 109 110]). Für Amerika wiesen *Bannister* und *Moyer*[96] noch im Jahre 1882 ausgedehnte Anwendung des restraints und der seclusion nach, ebenso berechnete *Hack Tuke* für das Jahr 1880 noch ca. 5,4 pCt. Zwangsmittel der verschiedensten Art. Für die Empfehlung der Bettruhe finde ich von ausserdeutschen Autoren nur bei *Hurd*[101] einen Beleg, der Melancholiker im Bett behandelt, Maniakalische dagegen, die er früher ebenfalls zu Bett legte, jetzt aufrecht sitzen lässt und damit bessere Resultate erreicht haben will. Was ich über den Stand des Irrenwesens in andern Ländern, in Polen[160], in Bulgarien[125], in Griechenland, der Türkei, Syrien, Aegypten, in Westindien, Rio de Janeiro u. s. w. in Erfahrung bringen konnte, ist im Allgemeinen wenig erfreulicher Art. In dem bekannten, umfangreichen Reiseberichte *Tucker*'s[118] (1882—85, Besuch von ca. 400 Anstalten) wird ebenfalls bestätigt, dass in Amerika, Spanien und Italien noch reichlich Zwangsmittel in

*) Neuerdings scheint das no-restraint nicht mehr in der Weise, wie früher, in England angewendet zu werden (s. *Parant*, Annal. méd.-psychol. März 1890).

Digitized by Google

Anwendung gezogen würden. Auch in Paris und in der maison de santé fand der Autor noch viel Zwang, dagegen wenig in Russland.

Die zunehmende Anzahl der Schlafmittel beschwor nach Ansicht einer Anzahl von Psychiatern ein neues, sogenanntes chemisches Restraint, von dem schon *Neumann*[62] gefürchtet hatte, dass es die Stelle der alten mechanischen Beschränkung einnehmen werde. Jedenfalls sind die Warnungen von *Brosius*[90 91] auch heut, wo jeder Tag neue Schlafmittel bringt, deren Wirkung erst in der Anstalt studirt werden soll (Somnal!?) vollberechtigt. Wer die scheusslichen Wirkungen des leider immer und immer wieder empfohlenen Hyoscins beobachtet oder an sich selbst kennen gelernt hat, wird sich zur Anwendung desselben bei psychischen Erregungszuständen nicht mehr entschliessen. Es ist wirklich eine Art „Zwangsjacke für die crura cerebri". Auch die constante Verabreichung eines und desselben Schlafmittels durch Wochen hintereinander, vor der bereits *Meyer* und andere warnten, ist fehlerhaft und zuletzt geradezu nutzlos, denn auch grosse Dosen bleiben zuletzt wirkungslos und die Folge ist dann häufig: es geht nicht mehr, wir müssen isoliren!

Während die Zwangsmittel in den letzten Jahren mehr und mehr verschwinden und kaum in einer Anstalt in Deutschland noch allgemeinere Anwendung finden dürften (in der Leipziger Klinik werden dieselben, unter anderm ein von *Günz* empfohlenes Gurtbett in den Jahren 1882—86 allerdings noch nicht blos aus chirurgischen, sondern auch aus hygienischen Gründen gebraucht[120]), vermochte die Bettbehandlung trotz aller Empfehlungen auch in den 80er Jahren, wie es scheint, weiteren Umfang nicht zu gewinnen. In den Anstalten zu Basel[84] und Alt-Scherbitz[93] ist dieselbe bereits seit den Jahren 1879, resp. 1880 eingeführt und empfohlen und immer wieder trat *Scholz*-Bremen[99 119] (s. auch[104 117 122]) für dieselbe ein, indem er darauf hinwies, wie man früher (speciell *Köppe*) Kranke durch Arbeit heilen wollte, dass dagegen der frisch erkrankte Irre ebensowenig, wie ein Typhuskranker, auf den Acker oder in die Werkstatt, sondern wie dieser ins Bett gehöre („die körperliche Ruhe, die Bettruhe, ist das souveränste Heilmittel oder vielmehr die richtige hygienische Vorbedingung für die Genesung,

Digitized by Google

die Krankheit wird milder, der Affect sinkt; man isolire nur deshalb noch so häufig, weil man die Isolirung für unentbehrlich, nicht weil man sie für nützlich hielt — die Isolirzelle ist nichts Schönes, selbst wenn sie gepolstert ist" — u. s. w.), auch die Lehrbücher [141] [142] [144] [143] wiesen in mehr oder weniger eindringlicher Weise darauf hin, trotz alledem aber scheint es, als wenn erst die letzten Jahre eine allgemeinere Anwendung und Einführung dieses Regimes möglich werden liessen. Genauere Aufschlüsse und statistische Belege existiren hierüber bisher nicht und wären nur durch an sämmtliche Anstalten zu richtende Fragebogen zu erreichen. An den schlesischen Anstalten war jedenfalls die allgemeine Anwendung der Bettruhe bis zum Jahre 1889 so gut, wie unbekannt. Ich erinnere mich noch mit Unbehagen der damaligen Beschaffenheit der sogenannten Tobabtheilung bei meinem Eintritte in Leubus im Jahre 1888. Alle unruhigen Kranken ausser Bett in einem Zimmer oder in dem Tobgarten, in wilder Bewegung durcheinander rennend oder da und dort auf den Bänken und auf dem Boden liegend in wildem Schreien, mit Schmutzkitteln — ein schrecklicher, niederdrückender Anblick. Die auf Anregung des zweiten Arztes Dr. ***Neisser*** zunächst auf der Männerabtheilung, dann auch bei den Frauen durchgeführte Bettbehandlung schaffte eine erfreuliche Veränderung und übte nach allen Richtungen hin einen äusserst günstigen Einfluss. Es ist hier nicht der Ort, auf die bei der Durchführung der Bettruhe gemachten Erfahrungen einzugehen, nur so viel möchte ich hervorheben, dass dieselben sich auch wirklich, trotz mehrfacher Verwunderung von andern Seiten, bei fast allen Kranken durchführen lässt, freilich mit vieler Mühe oft für Aerzte und Wartpersonal. Agitirte Melancholiker, sogenannte katatonische Kranke mit andauernden negativistischem Streben und Fortdrängen, Patienten die frühere Anfälle nicht im Bett durchgemacht haben, sind nur schwer, oft erst nach Monaten zur Bettruhe zu bewegen. Verhältnissmässig am leichtesten gelingt die Durchführung der Bettbehandlung bei maniakalischen Kranken, auch die Aufregungszustände der Paranoiker, Epileptiker und Idioten sind hierfür sehr geeignet, ferner kommt sie mit Vortheil in Anwendung bei der Behandlung unsauberer und zerstörungssüchtiger Kranker. Den grössten Vortheil sehe auch ich in dem Fortfall oder der auf ein Minimum sich beschränkenden Nothwendigkeit der Isolirung, in der

Digitized by Google

Herabmilderung des Affects und der ganzen äusseren Gestaltung der Krankenabtheilung, die den Eindruck eines Krankensaales macht. Auch die pecuniäre Seite ist vielleicht nicht zu unterschätzen.

Nach den Empfehlungen *Neisser*'s [131], welche neue Anregungen brachten, wobei sich herausstellte, dass die schon so oft und so warm hervorgehobene Bettbehandlung als etwas Längstbekanntes und schon in vollem Umfange überall Durchgeführtes noch nicht anzusehen sei, folgten mit weiteren Publicationen *Hebold* [134], *Roller* [126] und *Brosius* [120], letztere zwei Autoren mit dem Hinweise, dass sie bereits vor Jahren warm für die Anwendung der Bettruhe eingetreten waren.

Meine Daten machen nicht den Anspruch auf vollständige Erschöpfung des Gegenstandes, immerhin aber hoffe ich allen denen, die sich für historische Thatsachen interessiren und vielleicht mit demselben Gegenstande sich näher vertraut machen wollen, ein Stück Arbeit erleichtert zu haben. Wesentlich war es mir darum zu thun, an der Hand des mir zugänglichen Materials den Gang der historischen Entwicklung der freien Behandlung inne zu halten und die Priorität speciell in Sachen der Anwendung der Bettruhe, als des souveränsten Behandlungsmittels, das trotz aller Vorzüge mir noch immer nicht genügend gewürdigt und allseitig anerkannt erscheint, nach Maassgabe der mir bekannt gewordenen Daten festzustellen. Möge hierdurch der Anstoss zu weiterer, eingehender Prüfung der Anwendung der Bettbehandlung, die für unsere armen Kranken nur vortheilhaft und segensreich sein kann, gegeben worden sein.

Literatur.

1. Deutsche medic. Wochenschrift, 1892, No. 38 S. 864. — 2. *M. Jacobi*, Ueber die gänzliche Beseitigung körperlicher Beschränkungsmittel bei der Behandlung der Irren. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. I S. 583 ff. — 3. *A. Basting*, Wie können für Irrenanstalten menschenliebende Wärter und Aufseher gewonnen werden? Gekrönte Preisschrift. Ibid. Bd. II S. 421. — 4. Dr. *Wallis*, Geschichtl. und stat. Nachrichten über die städtische Land-Irrenanstalt zu Neu-Ruppin. Ibid. Bd. II S. 475. — 5. Hospital Bethlem; ibid. Bd. II S. 532. — 6. Dr. *Kirmsee*, Ueber Wartung und Pflege der Irren. Ibid. Bd. 3 S. 447. — 7. *Jessen*, Ueber die in Beziehung auf Geistes-

Digitized by Google

und Gemüthskranke herrschenden Vorurtheile. Ibid. Bd. 4 S. 1 ff. — 8. *Lindpaintner*, Rechenschaft über die Verwaltung des herzogl. nassauischen Irrenhauses zu Ebersbach im Jahre 1844. Ibid. Bd. IV S. 70 ff. — 9. Dr. *Schmieder*, Erster Bericht über die Irrenanstalt zu Sorau. Ibid. Bd. 4 S. 75 ff. — 10. Bettstellen für Unreinliche, Schutzbett für Tobsüchtige von *Güntz*, Leipzig. Ibid. Bd. 4 S. 182, 183. — 11. *Langermann*, Bericht, die Veränderungen in dem bayreuther Irrenhaus betreffend. 1804. Ibid. Bd. 2 S. 569. — 12. *Tschallener*, Ueber Wartung und Pflege der Irren. Ibid. Bd. 6 S. 262 ff. — 13. Anstalt Lincoln. Ibid. Bd. 6 S. 321. — 14. *Löschke*, Ueber das Turnen Geisteskranker im Allgemeinen und in Sonderheit über das Turnen der Geisteskranken in der Anstalt Sonnenstein. Ibid. Bd. 7 S. 97. — 16. Ref. über *Calmeil*, der Wahnsinn in den letzten 4 Jahrhunderten, übers. von *Leubuscher*. Ibid. Bd. 7 S. 293. — 16. Irrenwesen auf Ceylon. Ibid. Bd. 7 S. 796. — 17. *Hagen*, Aerztl. Bericht aus der Kreisirrenanstalt Irsee. Ibid. Bd. 10 S. 60. — 18. *Albers*, Ueber no-restraint. Ibid. Bd. 10 S. 169. — 19. *Wachtel*, Ibid. Bd. 10 S. 346. — 20. Behandlung Geisteskranker in der Türkei, Syrien, Afrika. Ibid. Bd. X. — 21. *Erlenmeyer*, Filzunterlage für unreinl. Kranke. Ibid. Bd. X S. 183. — 22. *Willing*, Bericht über eine Reise durch Holland, Belgien, Frankreich und die Schweiz. 1854. Ibid. Bd. 13 S. 83. — 23. *Dick*, Reiseskizzen. Ueber das no-restraint in englischen und die Beseitigung der Zellen in französischen Irrenanstalten. Ibid. Bd. 13 S. 353. — 24. *Tuke*, Hülfsarzt in York Retreat. Preisschrift, ref. von *Engelken*. Ibid. Bd. 13 S. 674. — 25. *G. Seifert*, Schatten und Licht aus den öffentlichen Irrenanstalten in Paris. Ibid. Bd. 14 S. 599. — 26. *Gaye*, Reisebericht über englisches Irrenwesen. Ibid. Bd. 15 S. 71. — 27. *Jendritza*, Ueber Sicherungsstühle. Ibid. Bd. 15 S. 272. — 28. Die psychiatrische Section der Naturforschervers. in Carlsruhe. Sept. 1858. Ibid. Bd. 16 S. 181. — 29. *Laehr*, Bettstelle für Unreinliche und Tobsüchtige. Ibid. Bd. 16 S. 314. — 30. Ueber die verlängerten Douchebäder bei der Irrenbehandlung. Journ. of psychological medicine etc., edit. by Winslow, H. I, Bd. X. 1857. Ref. ibid. Bd. 16 S. 510. — 31. *John Webster*, Reisebemerkungen über belg. Irrenanstalten. Ibid. Bd. 16 S. 511. — 32. Besuch bei *Brosius*, Bendorf. Ibid. Bd. 16 S. 797. — 33. *Schlager*, Ueber den Inhalt der . . . prämirten Concurrenzschrift. Ibid. Bd. 18 S. 129. — 34. *Albers*, Ueber die entzündliche Tobsucht etc. Ibid. Bd. 17 S. 330. — 35. *Sponholz*, Bericht über die Anstalt Neu-Ruppin, 1858—60. Ibid. Bd. 18 S. 537. — 36. *G. Seifert*, Die Irrenanstalt in ihren administrativen, technischen und therapeutischen Beziehungen etc. Preisschrift. Ref. ibid. Bd. 19 S. 331. — 37. *Morel*, Le non-restraint ou de l'abolition des moyens coërcitifs dans le traitement de la folie. 1861 ref. ibid. Bd. 19 S. 340. — 38. *Moreau* (de Tours), Das non-restraint-System. L'Union, 1861, 25, 26. Ref. ibid. Bd. 19 S. 341. — 39. Behandlung der Irren ohne mechanischen Zwang, von *John Conolly*, deutsch von *M. Brosius*, ref. von *Dick*. Ibid. Bd. 19 S. 506 (cf. auch Bd. 20 S. 306). — 40. *Knörlein*, Die Irrenfrage in

Digitized by Google

Oberösterreich. Ibid. Bd. 20 S. 229. — 41. *Wille*, Anfrage — an die stricten Anhänger des non-restraints, was sie in folgendem Falle gethan hätten? Ibid. Bd. 20 S. 434. — 42. *L. Meyer*, Hamburg, Das non-restraint und die deutsche Psychiatrie. Ibid. Bd. 20 S. 542. — 43. *Krüger*, Zur Geschichte der Irrenanstalt in Braunschweig. Ibid. Bd. 21 S. 47. — 44. *Schlager*, Wien, Vorträge über die Erkenntniss und Behandlung der Geistesstörungen etc. — 45. *Salomon*, *Ernst*, Aufzeichnungen in Betreff der Geisteskrankenpflege in Grossbritannien und Irland, sowie über Gheel und offene Geisteskrankenanstalten; — (schwed., Malmö 1864) ref. *Laehr*'sche Ztschr. Bd. 22 S. 141. — 46. *Brosius*, Ueber das familiale System der Irrenbehandlung. Naturforschervers. in Hannover. 1865. Ref. ibid. Bd. 22 S. 438. — 47. *Berthier*, Ueber die ärztliche Visite in der Irrenanstalt. Ref. ibid. Bd. 23 S. 388. — 48. Allgem. Ztschr. f. Psychiatrie. Bd. 23 S. 398. — 49. *Falk*, Studien über Irrenheilkunde der Alten. Ibid. Bd. 23 S. 429 etc. — 50. *Sankey* (Arzt in Hanwell), Ueber die Behandlung Seelengestörter nach dem no-restraint-System. Ibid. Bd. 24 S. 198. — 51. *Brosius*, Eine psychiatr. Wanderung durch Paris. (Vers. zu Frankfurt) ibid. Bd. 24 S. 733. — 52. *Stolz*, Mechan. Zwang bei der Behandlung der Geisteskranken und die allmälige Beseitigung desselben in der Irrenanstalt zu Hall in Tirol. Ibid. Bd. 25 S. 519. — 53. *Cramer*, Ueber no-restraint (5. Jahresvers. der schweizer Irrenärzte 1868 in Rheinau). Ibid. Bd. 26 S. 231. — 54. *Zillner*, Salzburgisches Irrenwesen (1752—1867), Ibid. Bd. 27 S. 138. — 55. *Köhler*, Psychiatrische Reiseskizzen. Ibid. Bd. 27 S. 144. — *Pelman*, Reiseerinnerungen aus England und Frankreich. Ibid. Bd. 27 S. 163. — 57. *Lorent*, Die Irrenanstalt zu Florenz. Ibid. Bd. 27 S. 187. — 58 u. 59. *Gehewe*, Reisebericht durch Irrenanstalten Deutschlands u. der Schweiz in den Jahren 1869 u. 1870. Ibid. Bd. 28, 1 u. Bd. 28 S. 363. — 60. *Hertz*, Ueber den Entwurf von neuen Tobzellen. Ibid. Bd. 28 S. 333. — 61. *Ullersperger*, Die Geschichte der Psychologie und Psychiatrie in Spanien von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. 1871. Ibid. Bd. 28 S. 356. — 62. *H. Neumann*, Zum non-restraint. Ibid. Bd. 28 S. 677. — 63. *Snell*, Ueber die Behandlung der Geisteskranken ausserhalb der Irrenanstalten. Ibid. Bd. 29 S. 106. — 64. *Frese*, Die Tobabtheilung der Centralirrenanstalt zu Kasan. Ibid. Bd. 28 S. 509. — 65. *Fränkel*, Ueber Hunger und Durst in Bez. zur Psyche. Ibid. Bd. 28 S. 709. — 66. *Ripping*, Reisebericht über eine psychiatr. Reise in England und Schottland. 1873. Ibid. Bd. 30 S. 97. — 67. *Brosius*, Das Asyl Bendorf und Sayn bei Coblenz . . . nebst Bemerkungen über Curmittel bei Irren. Berl. 1875. — 68. *Fischer*, Die Anstalt in Pforzheim bis zum Jahre 1804. Ibid. Bd. 33 S. 745. Forts. bis zur Gegenwart Bd. 34 S. 353. — 69. *Hergt*, Einiges zur Behandlung der Seelenst. (1877). Ibid. Bd. 33 S. 803. — 70. *Rabow*, Die Behandlung der psych. Erregungszustände. Berl. klin. Wochenschr. 1876, No. 23. — 71. *Fürstner*, Zur Behandlung der Alkoholisten. *Laehr*'s Ztschr. Bd. 34 S. 184. — 72. *Güntz*, Don *Pietro* Baron *Pisani* etc. Ibid. Bd. 35 S. 387. — 73. Bremische Irrenpflege, ref. von *Kelp*. Ibid. Bd. 35 S. 578. — 74. *Bro-*

Digitized by Google

sius, Aus meiner psychiatr. Wirksamkeit. Eine Adresse an die prakt. Aerzte. Berlin, Hirschwald. — 75. *Wille*, Allg. Grundsätze bei der Behandl. der Psychosen. Berl. klin. Wochenschr., 1878, No. 3. — 76. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 36 S. 54, S. 68. — 77. *Laehr*, Ob und wie weit ist Zwang bei der ärztl. Behandlung psych. Kranker zulässig? (Vers. Berlin 1879). Ibid. Bd. 36 S. 598. — 78. Discussion über die Frage des non-restraint. Ibid. Bd. 36. S. 623. — 79. Besprechung des gegenwärtigen Standes der non-restraint-Frage in Deutschland. (Ref. *Westphal.*) Vers. zu Heidelberg 1879. Ibid. Bd. 36 S. 640. — 80. Discussion über die Frage, in welcher Weise und in welcher Ausdehnung wird in den rhein. Anstalten noch mech. Zwang angewendet. (Vers. der Rheinprovinz, 6. Nov. 1879.) Ibid. Bd. 36 S. 713. — 81. *A. H. v. Andel*, Zütphen, Ueber die Anwendung von mechan. Zwangsmitteln in der Psychiatrie. Ibid. Bd. 36 S. 732. — 82. *Hauenhorst*, Aphorismen über no-restraint. Irrenfreund, 1880, No. 1. — 83. *Brosius*, Weiteres über die no-restraint-Frage. Ibid. — 84. Aerztl. Bericht über die Irrenabtheilung des Bürgerhospitals in Basel vom Jahre 1879. Ref. in *Laehr*'s Ztschr. Bd. 37 S. 442. — 85. *Schüle*, Ueber die Behandlung der unreinen Geisteskranken. Ibid. Bd. 37 S. 669. Discussion Bd. 38 S. 92, Ref. Bd. 38, Supplementh. S. 57. -- 86. Du non-restraint. Ann. méd.-psych. Ref. *Laehr*'s Ztschr. Bd. 37 S. 50 (Supplementheft). — 87. *F. Scholz*, Vorträge über Irrenpflege. Bremen 1882. (Siehe namentl. S. 123 über Bettbehandl.) — 88. *Schlager*, Zur Frage über den Einfluss des blauen Lichtes. Ref. *Laehr*'s Zeitschr. Bd. 38 S. 58 (Supplementheft). — 89. *Batty Tuke*, *James R. Dunlop*, *Robert Cameron*, The open-door-System. Journ. of ment. science. Oct. 1881. Ref. ibid. Bd. 38 S. 63 (Supplementheft). — 90. *Brosius*, Die medicamentöse Beh. d. Psychosen. Deutsche med. Wochenschr. 1881 No. 51. Ref. *Laehr*'s Ztschr. Bd. 38 S. 61. — 91. Derselbe, Zur Frage der medicamentösen Behandl. d. Psych. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 39 S. 314. — 92. Jahresbericht über Alt-Scherbitz. Ref. ibid. Bd. 38, Supplementheft S. 121 ff. — 93. *Schlager*, Die sog. Leinwandzelle ... Ibid. Bd. 39 S. 321. — 94. *Bécoulet*, Étude sur le non-restraint. Ann. méd.-psych. Ref. *Laehr*'s Ztschr. Bd. 39 S. 405. — 95. *Claus*, Psych. Reisebericht aus Dänemark, Schweden und Norwegen. Ibid. Bd. 40 S. 187. — 96. *Bannister* and *Moyer*, on restraint and seclusion in american institutions for the insane. The journ. of nerv. and ment. dis. Juli 1882. Ref. *Laehr*'s Ztschr. Bd. 40 S. 379. — 97. *Wildermuth*, Reiseerinnerungen an Frankreich, England, Schottland und Belgien. Ibid. Bd. 40 S. 762. — 98. *Fischer*, Ueber Polsterzellen. Ibid. Bd. 40 S. 880. — 99. *Scholz*, Ueber die Irrenpflege in Bremen 1884. Ibid. Bd. 40 S. 885. — 100. *Hasse*, Einiges über Irrenanstalten. Ibid. Bd. 41 S. 54. — 101. *H. Hurv*, Behandl. Geisteskranker. Ref. ibid. Bd. 41 S. 223. — 102. *Schmitz*, Das Irrenwesen in Spanien. Ibid. Bd. 41 S. 366. — 103. *Hack Tuke*, Die Geisteskranken in den Vereinigten Staaten. Journ. of ment. science, April 1885. Ref. ibid. Bd. 42, Heft 5 S. 294. (Ref. Bd. 43 S. 522 ff.) — 104. *v. Gudden*, Ueber die Einrichtung von sogen.

Digitized by Google

Ueberwachungsstationen. Ibid. Bd. 42 S. 454. — 105. *Krohne*, Die Unterbringung geistesgest. Verurtheilter. Ref. ibid. S. 536. — 106. *Kirchhoff*, Ueberblicke über die Geschichte der deutschen Irrenpflege im Mittelalter. Ibid. Bd. 43 S. 61. — 107. *Steinberg*, Ein Blatt aus der Geschichte der Behandlung und Verpflegung Geisteskr. aus d. Prov. in Russland. Ref. ibid. Bd. 43, Heft 1 u. 2, S. 38. — 108. *Sulima*, Zur Lage der Geisteskr. im Süd-Westen. Ibid. S. 39. — 109. *Kowalewski*, Die Lage unserer Geisteskranken. Ibid. S. 41. — 110. Derselbe, Die Lage der Geisteskr. im russ. Reiche. Ref. ibid. Bd. 45, Heft 5 u. 6, S. 206. — 111. *Siemerling*, Ueber das open-door-System in Schottland. Ibid. Bd. 43 S. 305. — 112. *Ramaer*, De ontwikkeling van het Krankzinnigen gesticht in deze eeuw, voordracht etc. Amsterdam 1886. Ref. ibid. Bd. 43 S. 320. — 113. *Rabow*, Zur Behandl., resp. Niederhaltung des Selbstverstümmelungstriebes geistesgestörter Individuen. *Erlenmeyer*, Centralbl. Ref. Ztschr. f. Psych. Bd. 43 S. 170. — 114. *Korsakow*, Zur Frage des no-restraint. Ibid. Bd. 44 S. 271. — 115. *Laehr*, Zur Geschichte der Psychiatrie in der II. Hälfte des vor. Jahrhunderts. Ibid. Bd. 44 S. 294. — 116. *Kirchhoff*, Beziehungen des Dämonen- und Hexenwesens zur deutschen Irrenpflege. Ibid. Bd. 44 S. 329. — 117. *Pantz*, Ueber die Einrichtung von Ueberwachungsstationen. Ibid. Bd. 44 S. 424. — 118. Lunacy in many Lands by *G. A. Tucker*. Sydney 1887. Ref. von *Pelman*. Ibid. Bd. 44 S. 572. — 119. *Scholz*, Ueber Wachabtheilungen in Irrenanstalten. Ibid. Bd. 45 S. 235. — 120. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 45 S. 227. — 121. *Hoppe*, Der Teufels- u. Geisterglaube etc. Ibid. S. 277. — 122. *Köhler*, Rückblicke. Ibid. Bd. 46 S. 139. — 123. *H. Laehr*, Versuche über den Einfluss des Schlafes auf den Stoffwechsel. Ibid. S. 286. — 124. *Hebold*, Bettbehandlung und Zelle. Ibid. Bd. 47 S. 686. — 125. *Golowina*, Die Irrenpflege in Bulgarien. Ref. ibid. Heft 6 S. 164. — 126. *Herz*, Ueber Isolirräume. Ibid. Bd. 48 S. 183. — 127. *Kowalewski*, Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses. Paris 1890. Ref. ibid. S. 211. — 128. Italiens Irrenwesen im Anfang unseres Jahrhunderts. Ibid. S. 240. — 129. *Otto Snell*, Hexenprocesse und Geistesstörungen. München 1892. Lehmann's Verlag. — 130. *Brosius*, Ueber die Bettbehandlung der Geisteskranken. Psych. Bladen, Th. 9, Lief. I. 1891. Ref. *Laehr*'s Ztschr. Bd. 48, Heft 5 S. 61. — 131. *Cl. Neisser*, Berl. klin. Wochenschr. 1890, No. 38. — 132. *Erlenmeyer*, Wie sind Seelenstörungen in ihrem Beginnen zu behandeln? Preisgekrönte Abhandl. Neuwied 1860. — 133. *Engelhorn*, Die Pflege der Irren sonst und jetzt. (Samml. gemeinverständl. Vorträge, herausgegeb. von *Virchow* u. *v. Holtzendorf*.) H. 462. — 134. *Flersheim*, Die Behandlung der Manie in der Bettlage. Diss. Göttingen 1881. — 135. *Wüthrich*, Ueber die Principien der Irrenbehandlung. Diss. Jena 1879. — 136. *Roller*, Die fürstl. Lippe'sche Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus. 1891. Bielefeld. — 137. *Kirchhoff*, Gesch. der deutschen Irrenpflege. Berlin 1890. — 138. *Guislain*, Phrenopathien. — 139. *Griesinger*, Lehrb. 4. Aufl. S. 504 u. 494. — 140. *Neumann*, Lehrbuch. — 141. *Arndt*, Lehrbuch, 1883. S. 576, 610, 614. —

Digitized by Google

142. *Schüle*, Lehrbuch, 3. Aufl. S. 41, 87, 193. — 143. *Kirchhoff*, Lehrbuch S. 235. — 144. *v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch, III. Aufl. S. 299, 305. — 145. *Laehr*, Gedenktage der Psychiatrie. — 146. *Huberty*, *Laehr*'s Ztschr. Bd. 48 Heft 6. — 147. *Damerow*, Ueber die relative Verbindung der Irrenheil- u. Pflegeanstalten. Leipzig 1840. — 148. *Esquirol, A.*, Paris, oder die Wissenschaften, öffentl. Anstalten und die Sitten im 19. Jahrhundert. 2. Bd. Stuttgart 1848. — 149. *Haeser*, Geschichte der christl. Krankenpflege u. Pflegschaften. Berlin 1857. — 150. *Horn*, Reise durch Deutschland, Ungarn, Holland, Italien, Frankreich etc. 1831 u. 1832. — 151. *Leupoldt*, Ueber den Entwicklungsgang der Psychiatrie. Erlangen 1853. — 152. *Mahir*, Ueber Irrenheilanstalten, Pflege und Behandlung der Geisteskranken. Stuttgart 1846. — 153. *Schilling*, Psychiatr. Briefe oder die Irren, das Irresein und das Irrenhaus. Augsburg 1863. — 154. *E. Schmidt*, Zum Schutze der Irren. Würzburg 1856. — 155. *Näcke*, Dubois. sulf. bei chron. geisteskr. Frauen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 48 Heft 6. — 156. Die Eröffnung der neuen Irrenheil- und Pflegeanstalt Tworki b. Warschau. *L.* Bd. 48 Heft 6. — 157. *Paetz*, Ueber eine neue Construction von Isolirzimmer-Fenster. Ibid. Heft 6. — 158. Nekrolog *Pliny Earle* — enthält eine Anzahl einschl. Arbeiten. Siehe *Laehr*, Bd. 49 S. 334, 335. — 159. *Bender*, Geschichte des Krankenhauses . . . zu Thorn. 1885. — 160. *Laehr*'s Ztschr. Bd. 44 S. 28. — 161. *Snell*, Reiseerinnerungen aus der Schweiz. Ibid. Bd. 9 S. 200. — 162. Derselbe, Mittheilungen über eine psychiatr. Reise in Holland, Belgien und Frankreich. Ibid. Bd. 21, Supplementheft. — 163. Derselbe, Mittheil. über eine in Hildesheim eingerichtete Ackerbaucolonie für Geisteskranke. Ibid. Bd. 21 u. 31 S. 675.

Siehe ferner die Artikel: Behandlung, Berichte über Irrenanstalten, Gefängnisswesen, Geschichte, Irrenanstalten und Einrichtungen, Irrengesetz, Irrenpflege, Irrenstatistik, Wartpersonal, Zwangsmittel etc. im Register des VII. Bandes, ebenso: Anstaltsberichte, Bau und Organisation von Irrenanstalten, Geschichte der Psychiatrie, Irrencolonien, Irrengesetze, Irrenwesen, Therapie, Vereinsberichte, Zwangsmittel und non-restraint etc. im Sachregister für Band 8—37 der Allgem. Ztschr. f. Psychiatrie.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

50. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 19. November 1892 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Bodel, Brie, Buddeberg, Claren, v. Ehrenwall, Erlenmeyer, Fabricius, Grosch, Gudden, v. d. Helm, Hertz, Heyden, Hoestermann*-Andernach, *Kohlmann, Levison, Liebmann, Longard, Neetel, Oebeke, Pelman, Peters, Peretti, Rosenthal, Schmitz, Schreiber, Schultze*, Prof., *Schultze*, Dr., *Thomsen, Umpfenbach, Zacher*. Als Gast Dr. *Werner*-Andernach.

Entschuldigt haben ihr Ausbleiben: *Albers, Brosius, Güntz, Finkelnburg Ideler, Kny*.

Der Vorsitzende, Geh. Rath *Pelman*, eröffnete die Sitzung mit der betrübenden Mittheilung, dass eines der jüngeren Mitglieder des Vereins, Dr. *Huberty*, 2. Arzt in Grafenberg, vor Kurzem nach längerer Krankheit gestorben ist. Die Versammlung erhebt sich zu seinem Andenken.

Darauf erfolgt die Neuwahl des Vorstandes, indem der bisherige durch Acclamation wiedergewählt wird.

Als neue Mitglieder werden sodann durch Ballotage die angemeldeten Collegen aufgenommen: Dr. Dr. *Flügge*-Merzig, *Grosch*-Laubbach, *Peters*-Bonn, *Thiele*-Cochem. Von den zu Vorträgen Gemeldeten spricht:

1. *Brie*, Ueber Trional.

Er berichtet über die Resultate mit Trional als Schlafmittel, welches in einer weiteren Beobachtungsreihe in der Bonner Anstalt geprüft wurde, nachdem bereits *Schultze* daselbst ausgedehnte Versuche mit Trional und Tetronal angestellt und sich zu Gunsten des Trional ausgesprochen hatte. Auch bei der weiteren Anwendung bewährte sich das Trional als ein gut wirkendes Hypnoticum sowohl bei der einfachen Agrypnie, als auch bei der mit Unruhe und starker Erregung einhergehender Schlaflosigkeit Geisteskranker. Es hat vor dem ihm nahe verwandten Sulfonal den Vorzug prompterer Wirkung und des Fehlens erheblicher Nebenerscheinungen und der cumulirenden Nachwirkung. (Ausführliche Mittheilung wird anderswo erfolgen.)

Discussion: *Thomsen* kann die guten Erfolge des Trional bei Nerven- und Geisteskranken nur bestätigen, speciell sah er auch gute

Digitized by Google

subjective und objective Wirkung bei Morphiumentziehung ohne die lästigen Nebensymptome des Sulfonal. *Pelman* rühmt ebenfalls das Trional. *Erlenmeyer* hat auch das Trional bei Morphiumkranken angewendet, hat aber nicht so allgemein günstige Erfahrungen damit gemacht wie *Thomsen*. Es giebt Morphiumkranke, die sehr viele Jahre an Morphium gewöhnt waren, die dann nach einer Entziehungskur in einer gewissen Periode nach beendeter Abgewöhnung an einer so hartnäckigen und dauernden Schlaflosigkeit leiden, wie man sie kaum bei anderen Krankheitszuständen zu sehen bekommt. In solchen Fällen hat *E.* Trional zu 2,0 gegeben, aber so gut, wie erfolglos; es trat darnach erst in den frühen Morgenstunden ein 1—1½stündiger Schlaf ein, der bei solchen Fällen auch ohne jedes Hypnoticum sich einstellt. Bei Morphiumkranken, denen man nach der Entziehung Schlafmittel geben muss, läuft man sehr leicht Gefahr aus dem Regen in die Traufe zu kommen, weil diese Kranken sich ausserordentlich leicht an ein narkotisches Mittel gewöhnen, was man ihnen dann wieder abgewöhnen muss. Sie gewöhnen sich an Opium, Codeïn, Chloral, selbst an Antipyrin. *E.* pflegt deshalb bei derartigen Patienten niemals länger als 3 Tage hintereinander ein und dasselbe Hypnoticum zu geben, wechselt vielmehr mit solchen häufig ab und glaubt damit die Gefahr einer Angewöhnung zu vermeiden. *E.* hat so beobachtet, dass z. B. 5,0 Chloralhydrat oder 5,0 Amylenhydrat ganz bedeutend stärker wirken, als 2,0 Trional, indem sie fast regelmässig einen 5—6stündigen Schlaf bringen nach Beobachtungen an ein und denselben Patienten. Die gänzliche Wirkungslosigkeit von 2,0 Trional hat *E.* aber nur bei schweren Fällen beobachtet, bei leichten wirkte es durchaus günstig. Alle Patienten bei denen *E.* Trional anwandte, beklagten sich ausnahmslos über ein lästiges Gefühl von Berauschung, Eingenommenheit des Kopfes und über mangelhafte Beherrschung der Beine.

2. *Buddeberg*, Zur Casuistik der allgemeinen fortschreitenden Paralyse mit circulärem Verlauf, resp. der Paralysie générale à double forme.

B. theilt 2 Fälle aus der Anstalt Grafenberg mit, die im Laufe der beiden ersten Jahre dort zur Beobachtung kamen. Es handelte sich im ersten Falle um einen 34 Jahre alten, erblich belasteten Paralytiker, der acut erkrankte und ziemlich früh der Anstalt zugeführt wurde. Keine Lues. Im Laufe der Beobachtung regelmässiger Wechsel von Depression und Exaltation. In den ersten 1½ Jahren überwog die Exaltation die Depression an Dauer, umgekehrtes Verhältniss im letzten halben Jahre. In den letzten Wochen gleiche Dauer von Melancholie und Manie. Keine Remission.

Im 2. Falle handelte es sich um ein ebenfalls erblich belastetes von Jugend auf schwachsinniges 36 Jahre altes Individuum, das schwere Lues acquirirte. Beginn der Erkrankung angeblich plötzlich gelegentlich des Todes des Vaters. Auch in diesem Falle Alterniren von Depression und

Digitized by Google

Exaltation. Die Depression vorwiegend hypochondrischen Charakters, während in dem ersten Falle auch schmerzliche Verstimmung mit Selbstbeschuldigungen beobachtet wurden. Kurz andauernde Remissionen, während welcher Patient in der Familie verpflegt wurde. Im Anfang dieses Jahres im Anschluss an einen schweren paralytischen Anfall mit mathematischer Genauigkeit eintretender Wechsel von Melancholie und Manie, Dauer einer jeden Phase genau 1 Tag. Dann wieder ein paralytischer Anfall und im Anschluss daran schwere trophische Störungen, rapider geistiger Verfall, Tod.

Nach Vergleich dieser Beobachtungen mit einigen der bis jetzt mitgetheilten Fälle regt *B.* die Frage an, ob dieser Wechsel von Depression und Exaltation, entsprechend der erblichen Belastung beim circulären Irresein, eine erbliche Belastung voraussetze.

Discussion: *Pelman* scheint es nicht ganz unbedenklich, eine neue klinische Form der Paralyse aufstellen zu wollen. Bei der Paralyse kämen bekanntlich alle Formen der Psychosen vor und könnten zeitweilig so in den Vordergrund treten, dass sie die Paralyse mehr oder weniger maskiren und die Diagnose erschweren. — Von den circulären und periodischen Formen wüssten wir nur, dass sie sich vorzugsweise auf dem Boden der erblichen Entartung entwickelten, und es liege daher Nichts näher, als in den Fällen des Vortragenden den Schluss zu ziehen, dass es sich hier um Paralyse bei erblich Entarteten gehandelt habe. Diese Annahme werde direct bestätigt durch die Angabe, dass erbliche Anlage vorhanden und das eine Individuum von Jugend auf verkehrt gewesen sei, indirect durch die hypochondrische Richtung der Depression, gleichfalls eine degenerative Form der Psychose. Wir könnten uns demnach den jähen Wechsel der Stimmung in ungezwungener Weise so erklären, dass die abnorm gesteigerten Organgefühle zeitweise die Euphorie des Paralytikers zurückdrängten und als hypochondrische Verstimmung und Klagsamkeit zu Tage träten, während dies zu anderen Zeiten weniger der Fall sei und alsdann der der Paralyse eigene Grössenwahn wieder in seine Rechte trete. *P.* ist überzeugt, dass wir, wenn wir mehr auf diese Verhältnisse achten, sie auch häufiger beobachten werden.

Oebeke ist der Ansicht, dass es schwierig sei, zwischen der eigentlichen circulären Geistesstörung und der vermeintlich bei der Paralyse beobachteten circulären Form eine zutreffende Parallele zu ziehen. Die circuläre Störung bestehe aus drei Phasen: Melancholie, Exaltation, Gesundheit. Dieses dritte Stadium werde aber bei der Paralyse, wenn wir von den nur ganz ausnahmsweise erfolgenden Genesungen dieser Krankheit absehen, stets fehlen müssen, denn der Paralytiker bleibe doch immer, auch bei weitgehender Remission, mehr oder weniger geistig abgeschwächt, und dieser Zustand ruhigen Verhaltens mit krankhafter geistiger Schwäche müsse, wenn man eine circuläre Form der Paralyse zur Geltung bringen wolle, für geistige Gesundheit erklärt werden. Dies erachte er einestheils

Digitized by Google

als der Wirklichkeit widersprechend, anderntheils als sehr bedenklich und leicht höchst nachtheilig im Interesse des Kranken nach mehreren Richtungen hin. Ihm schien es daher richtiger, von der Aufstellung der cyklischen Geistesstörung in dem Verlaufe der Paralyse abzusehen. Ein Wechsel der Stimmung dagegen bei der Paralyse zwischen Depression und Exaltation, sei es für längere Zeit, sei es Tag um Tag, sei eine vielfach beobachtete Erscheinung.

Noetel bemerkt, dass er sich an drei Fälle seiner Beobachtung erinnere, in welchen bei Paralytischen Perioden von Exaltation und Depression in ausgesprochener Weise mehrfach miteinander wechselten. Bei allen dreien war das Stadium der Depression durch hypochondrische Vorstellungen beherrscht. In einem Falle war der degenerative Boden der Psychose nicht allein durch erbliche Belastung, sondern auch durch das mehr als bizarre Benehmen des Kranken von Jugend an erwiesen.

Thomsen hält die Bezeichnung „circulär" für diese Fälle von Paralyse mit abwechselnder Stimmungslage für verfehlt, da das gesetzmässige der übrigen circulären Störungen mit Bezug auf die gleiche Dauer und Form der einzelnen Phasen dabei fehlt.

Buddeberg will absolut keine neue Form der Paralyse aufgestellt wissen, er hält nur daran fest, dass während des Verlaufs der Paralyse cyklischer Wechsel von Melancholie und Manie beobachtet und dass die melancholische Phase dieselbe Dauer wie die maniakalische haben kann. Eine Phase völliger Gesundheit könne wohl nicht bei Paralyse vorkommen, da bei Paralyse eine gewisse psychische Schwäche wohl stets vorhanden sei. Das Thema liesse sich vielleicht dahin ändern: „Zur Casuistik der Paralysie générale à double forme". —

3. *Liebmann*, Ueber einige Fälle von Psychose nach Trauma.

Er bespricht an der Hand des in der Bonner Anstalt beobachteten Materials die verschiedenen Formen von Geistesstörung nach Trauma und betont den Zusammenhang der chronisch verlaufenden Fälle mit den traumatischen Neurosen im Allgemeinen.

(Der Vortrag erscheint ausführlich in dieser Zeitschrift.)

4. *Erlenmeyer*, Ueber die Anwendung der äusseren Ableitungsmittel bei Gehirn- und Nervenkrankheiten.

Vortragender verbreitete sich in einer allgemeinen Einleitung über die Gründe, die für die heutigen Tages nicht mehr moderne Anwendung der äusseren Ableitungsmittel als maassgebend angenommen werden müssen. Er weist die Behauptung ihrer Unwirksamkeit ebenso zurück wie die, dass keine bestimmte Indication für ihre Anwendung aufgestellt werden könnte, und bezeichnet als wirklich vorhandene Gründe 1) eine gewisse Umständlichkeit und eine nicht zu verkennende Schmerzhaftigkeit der Application. 2) Die Ueberschwemmung mit sogen. Nerven- und Schlafmitteln. 3) Das

Digitized by Google

Uebergewicht, welches in der Krankheitsbeurtheilung und also auch bei der Krankheitsbehandlung einzelnen ätiologischen Momenten zugetheilt werde, wodurch der alte klinische Lehrsatz vernachlässigt wird, dass der Kranke behandelt werden solle und nicht die Krankheit. Vortr. setzte dann die Wirkung der äusseren Ableitungsmittel an der Hand der klinischen Erfahrung — zufällige und bewusste — auseinander, wies auf die Ergebnisse experimenteller Untersuchungen *(Schüller, Mosler)* hin und begründete auf diese die Indication für die Anwendung der gen. Mittel. Er sprach dann eingehend über das Haarseil (Setaceum) im Nacken, wobei er 22 mit diesen Mitteln behandelte Fälle zu Grunde legte. Diese wurden in Kürze vorgetragen, wobei auf die Indication und die Wirkung der Nachdruck gelegt wurde. Für die erstere wurden allgemeine und örtlich begrenzte Ueberschüsse der Blutvertheilung im Gehirn und ihre Folgezustände aufgestellt, für deren Feststellung die ophthalmoskopische Untersuchung nicht entbehrt werden kann; die letztere bezifferte sich, selbst wenn die gebesserten Fälle als nur vorübergehend gebessert angesehen und zu den Misserfolgen gerechnet würden, auf 50 pCt. Heilung. Weiter sprach Vortr. dann über die Einreibungen mit Ung. tartar. stib. auf den Schädel. Er gab einen kurzen geschichtlichen Ueberblick über die Entwicklung dieser Methode, sprach über Form und Ort der Application, über die Art ihrer Wirkung — allgemein und örtlich — und stellte dann drei Indicationen für die Anwendung auf: 1. acute und subacute Gehirnhautentzündungen *(Mosler)*, 2. gewisse Formen von Psychosen: a) contraindicirt bei allen frischen, acuten Fällen. b) Vornehmlich indicirt bei Manien und in zweiter Linie bei Melancholien, die nach mehrmonatlichem Bestande nicht in Heilung übergehen, sondern sich zum Chronischwerden d. h. zur Unheilbarkeit wenden, also in jener ominösen Krankheitsepoche, wo das Körpergewicht steigt und die psychische Besserung zurückbleibt. c) Indicirt bei allgemeiner Paralyse *(L. Meyer)*. 3. Localisirte Rindenerkrankungen ohne so bestimmte Diagnose, dass nicht zur Trepanation geschritten werden kann. Fälle mit halbseitigen sensiblen, motorischen und trophischen Gliederkrankungen mit und ohne Bewusstseinsstörungen, bei denen zwar aufs Bestimmteste eine Erkrankung der contralateralen psycho-motorischen Rindencentren angenommen werden muss, diese Erkrankung aber doch nicht so scharf festgestelt werden kann, dass man berechtigt wäre zu trepaniren. In solchen Fällen hat Vortr. mit gutem Erfolg an der entsprechenden Stelle des Schädels Einreibungen mit Ung. tart. stib. angewandt.

5. *Oebeke* verschiebt seinen angemeldeten Vortrag mit Rücksicht auf die bereits vorgeschrittene Zeit bis zur nächsten Sitzung zu Gunsten des letzten Vortrages, da dieser augenblicklich ein actuelles Interesse bietet.

Es spricht daher

Digitized by Google

6. *Pelman*, Die neuesten Angriffe gegen Irrenärzte und Irrenanstalten.

An Angriffen gegen Irrenärzte hat es nie gefehlt, seitdem Kranke gegen ihren Willen und gegen ihre Ueberzeugung in den Irrenanstalten zurückgehalten wurden.

Ich erinnere nur an die famose „Mutter im Irrenhause" und an andere Veröffentlichungen, die seiner Zeit viel Aufsehen und dem betreffenden Anstaltsleiter auch den entsprechenden Aerger machten. Im Ganzen aber waren es vereinzelte Vorkommnisse, die vorübergingen wie sie gekommen waren, und nachhaltige Folgen entstanden nicht.

Erst der neuesten Zeit war es vorbehalten, System in die Sache zu bringen und die Bewegung in weitere Kreise zu tragen.

Zuerst suchten die angeblich Vergewaltigten, die Herren Morris de Jonge, Beckmann, Draak und wie sie alle heissen mögen, Fühlung unter sich, dann verstanden sie es, ihre Anschauungsweise auf Andere zu übertragen und sich Bundesgenossen zu werben, die wie *Schröder*, *Kretschmar* u. a. m. mit mehr oder weniger Geschick für sie eintraten und im wissenschaftlichen Gewande der heutigen Psychiatrie gewaltig zu Leibe gingen, um dann endlich in dem viel genannten Aufrufe der Kreuz-Zeitung vom 9. Juli 1892 einen directen Vorstoss gegen die zur Zeit übliche Irrengesetzgebung zu machen.

Wäre dieser Aufruf lediglich von den hochgeborenen Herren und den Pastoren unterzeichnet gewesen, die darunter stehen, so würde für uns schwerlich eine Veranlassung vorliegen, ihn für ernst zu nehmen oder gar uns damit zu befassen. Aber aus der grossen Masse tauchen, und ich darf wohl hinzufügen zu unserem Erstaunen, einige Namen auf, die wir offen gestanden nicht darunter vermuthet hätten, und nur mit Rücksicht auf sie werden wir uns den „Aufruf" etwas näher anzusehen haben.

Er beginnt, wie derartige, auf die Emotivität der grossen Menge berechnete Machwerke gewöhnlich, mit der Voraussetzung von Thatsachen, für die der Beweis erst zu erbringen wäre.

„Es sind eine Anzahl Fälle ans Tageslicht gekommen, wo Personen ins Irrenhaus gesperrt wurden, die durchaus bei Verstand waren."

Wir wollen nun der Art angeführten Märtyrern der psychiatrischen Nichtsnutzigkeit nicht das Unrecht anthun, sie auf ihre Geistesgesundheit zu prüfen, in keinem Falle sind die Fälle so reinlich und so zweifelsohne, dass sie zur Unterlage so weitgehender Forderungen dienen könnten, wie es hier geschieht.

Es wird nämlich allen Ernstes die Forderung gestellt, dass die Entscheidung über jede Aufnahme und Entmündigung den Richtern und Aerzten entzogen und in die Hand einer Commission unabhängiger Männer gelegt werde, die das Vertrauen ihrer Mitbürger geniessen. Das ist eben so grob wie deutlich, und wenn sich die Spitze auch offenbar gegen den unabhängigen Richterstand richtet, der den vorgenannten Herren ein Dorn

Digitized by Google

im Auge ist, so geht uns die Sache doch nahe genug an, um uns die Frage vorzulegen, ob denn die Verhältnisse wirklich so haarsträubend sind, wie es im Lichte jenes „Aufrufes“ den Anschein hat, und ferner, ob nicht unser Standpunkt ein allzu einseitiger und dadurch unhaltbarer sei, dessen Aenderung geboten erschiene.

Ich werde mich auf diesen letzteren Punkt beschränken und auch hier wiederum nur in so weit auf ihn eingehen, als mir bestehende Einrichtungen einer Veränderung bedürftig erscheinen. Es unterliegt nämlich keinem Zweifel, dass wir über kurz oder lang ein Irrengesetz erhalten werden, und den gegenwärtigen Zuständen gegenüber werden wir dasselbe als einen Fortschritt zu begrüssen haben.

Dieses Irrengesetz aber wird im Wesentlichen von den Juristen gemacht, und wenn wir uns einen Einfluss auf sein Zustandekommen bewahren wollen, dann müssen wir vor allem unter uns darüber einig sein, was wir wollen und was wir verlangen.

Gehen wir in unsern Forderungen zu weit, so brechen wir von vornherein die Brücke des Verständnisses ab, die ohnehin schmal genug errichtet ist.

Eine solche zu weit gehende Forderung ist nun die einer völligen Gleichstellung von Irrenhaus und Krankenanstalt. Dass Irre Kranke, und Irrenanstalten Krankenanstalten seien, kann man ruhig zugeben, ohne daraus die Folgerung einer Gleichstellung herzuleiten.

Die Irrenanstalten sind Krankenanstalten, das soll nicht bestritten werden, aber sie sind Krankenanstalten mit Detentionsbefugniss *(Reuss)*, und mit dieser Berechtigung sind öffentliche und rechtliche Verpflichtungen verbunden.

Ueberhaupt wird der Kampf sich hauptsächlich um die Aufnahme drehen, hier wird der Jurist am schärfsten einsetzen, jeder Fehler sich am schwersten rächen.

Zunächst wird die Forderung gestellt werden, dass die Aufnahme eines Kranken in die Anstalt nur auf richterliche Entscheidung hin erfolgen dürfe. Für uns ist das unannehmbar, weil unausführbar. Unsere Gegenforderung, die Aufnahme auf das Attest eines jeden approbirten Arztes hin, wird von der andern Seite als ebenso unannehmbar zurückgewiesen werden, und da wir die Thatsache nun einmal nicht in Abrede stellen können, dass der Kranke meist gegen oder doch ohne seinen Willen der Anstalt übergeben wird, so werden wir uns auch mit der obrigkeitlichen Mitwirkung und Fürsorge einverstanden erklären müssen.

Was wir verlangen und worauf wir bestehen müssen, ist Raschheit, Einfachheit und Sicherheit der Aufnahme, alles andere ist für uns nebensächlich, und da der Jurist nun einmal von der Mitwirkung einer Aufsichtsbehörde im Interesse der persönlichen Sicherheit der Aufzunehmenden nicht Abstand nehmen wird und auch gar nicht kann, so werden wir uns darin zu finden haben. Ohne Aufnahmepapiere wird es ebenso wenig gehen,

Digitized by Google

also so wenig wie möglich; ärztliches Attest und obrigkeitliche Zustimmung, dies wenige aber muss beigebracht werden, keine Papiere — keine Aufnahme, und Ausnahmen sind nicht. Dem Anstaltsarzte kann unmöglich zugemuthet werden, den Papieren nachzulaufen und hinterher für ihre Beibringung sich die Finger wund zu schreiben.

Man halte mir nicht entgegen, dass es dringliche Fälle giebt und der Kranke durch die Verzögerung Schaden erleiden kann. So dringliche Fälle, dass nicht einmal ein ärztliches Attest und die obrigkeitliche Bewilligung erwirkt werden könnten, giebt es nicht, und wenn sie durch Unverstand und mangelnden Willen unterblieben sind, so können uns die Folgen nicht zur Last gelegt werden. Nicht wir Irrenärzte, sondern die Gesellschaft macht sich ihre Gesetze, und ob gut ob schlecht, sie allein ist auch dafür verantwortlich.

Also ein Minimum von Papieren, das aber muss da sein.

Dasselbe gilt für die Anzeigen; die Anzeige an den Staatsanwalt dürfte genügen.

Verschiedene Irrengesetze, namentlich amerikanische, geben den Briefwechsel und die Besuche der Kranken frei. Letzteres hat seine therapeutischen Bedenken, ersteres halte ich für unbedenklich. Wem der Unsinn Spass macht, kann ihn ja lesen, die Briefe einfach zu unterdrücken, die Nase in jeden Brief zu stecken, ehe er an seine Adresse kommt, geht meiner Ueberzeugung nach zu weit.

Am weitesten auseinandergehen werden die Ansichten bei der Beaufsichtigung der Anstalten, und hier bin ich von jeher der Ansicht gewesen, je mehr je besser, allerdings mit der kleinen aber sehr bedeutungsvollen Einschränkung der Beaufsichtigung nur durch dazu Berufene. Ich habe 5 Jahre unter dem französischen Irrengesetze gestanden, das dem Staatsanwalte die Pflicht der persönlichen Besichtigung der Anstalten auferlegt, und wo jede Anstalt einen Aufsichtsrath besitzt, der aus 5 Personen besteht, und mindestens monatlich eine Sitzung in der Anstalt abhalten muss. Beides ist eine vorzügliche Einrichtung, und ich würde mich keinen Augenblick sträuben, wenn sie bei uns eingeführt würde.

Vielleicht würde damit der Forderung des „Aufrufes" nach unabhängigen Männern die Spitze abgebrochen.

Von verschiedenen Seiten (*Ascher*, Zur staatlichen Beaufsichtigung der Irrenanstalten) wird die Schaffung einer staatlichen Centralbehörde für das Irrenwesen, Generalinspectoren, in Vorschlag gebracht, denen die Revision der Anstalten in regelmässigen Zwischenräumen, neben anderen, mit der Aufsicht betrauten Behörden, obliegen würde.

Damit wäre die Organisation zu einem festen Gefüge gebracht, Einheit und Sicherheit gewährleistet und allen vernünftigen Forderungen Genüge gethan.

Gegen Mehr dürfen wir uns wehren.

Die Entlassungen, Strafgefangenen und was dergleichen mehr ist

Digitized by Google

übergehe ich, um wieder bei der Entmündigung zu verweilen, die mit der Aufnahme das Schicksal theilt, den Zorn der Aufrufer auf sich herabgezogen zu haben.

Sie ist für uns nur von nebensächlichem Interesse, da sie mit dem Anstaltsaufenthalte eigentlich nichts zu thun hat.

Ascher macht daher den Vorschlag, von einer Entmündigung der Geisteskranken in den öffentlichen Anstalten ganz abzusehen, wofern nicht vermögensrechtliche Verhältnisse dazu nöthigen, und das wird in weitaus den seltensten Fällen der Fall sein.

Thatsächlich haben eine Reihe von Gutachten eine herbe Kritik erfahren, und es ist ja für einen, der sich verständig und vielleicht sogar für ausnehmend verständig hält, nicht gerade angenehm, wenn er sich nach allen Regeln der Psychiatrie für blödsinnig oder wahnsinnig erklären hört.

Ich betone absichtlich: nach allen Regeln der Psychiatrie, weil ich der Ansicht bin, dass hierin oft genug des Guten zu viel gethan wird.

Der praktische Standpunkt, der doch hier allein maassgebend sein sollte, wird gar zu leicht ausser Acht gelassen und eine Feinheit der psychiatrischen Diagnostik entwickelt, die hier wahrhaftig nicht an ihrem Platze ist.

Da wird jede Abnormität zur Krankheit und jedes verschrobene Individuum in eine pathologische Kategorie gebracht, als ob die Irrenanstalten Raritätenkabinette und keine Krankenhäuser wären.

Was in aller Welt haben hier so unklare Begriffe wie moralisches Irresein oder gar der Querulantenwahnsinn — eine sehr beliebte Bezeichnung — zu thun, als ob nur Verrückte querulirten und kein geistig Gesunder ein rechter Lump sein könnte!

Wenn Sie die Schriften der mehrfach erwähnten Herren darauf hin durchgehen wollten, so werden Sie Anhaltspunkte genug für meine Ausführungen finden.

Das Entmündigungsverfahren enthält die Vorschrift, dass die Vernehmung des zu Entmündigenden unterbleiben kann, wenn sie zur Entscheidung unerheblich, schwer ausführbar oder für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden nachtheilig ist.

Diese Bestimmung ist damals auf die Bemühung der Irrenärzte hin in das Gesetz aufgenommen worden, und ich bedaure dies.

Nach meinen, recht reichhaltigen Erfahrungen halte ich die Nachtheile für weit erheblicher als den Vortheil; ich habe bisher nie von dieser Vergünstigung Gebrauch gemacht und nie einen Nachtheil gesehen, wohl aber vom Gegentheile. Kann der Kranke die Entmündigung nicht vertragen, so muss sie unterbleiben, in jedem Falle aber muss er von dem Verfahren und dessen Bedeutung Mittheilung erhalten und Gelegenheit, sich dagegen zu wahren. Einen zu entmündigen, ohne dass er es weiss, halte ich für einen Unfug.

Auch die Bestimmungen über die Aufhebung der Entmündigung

Digitized by Google

bedürfen der Verbesserung. Der Kranke wird entmündigt und muss dann seine Gesundheit beweisen.

Wie kann er das? Er läuft dann von Pontius zu Pilatus; die es ihm bescheinigen wollen, kann er meist nicht brauchen, und der es ihm bescheinigen soll, hat wenig Lust zu der umfangreichen und zeitraubenden Arbeit.

Es ist eine langwierige und aufregende Aufgabe, der sich der Aermste unterziehen muss, und er kann jahrelang warten, bis es ihm gelingt.

Sie sehen, meine Herren, es ist nicht alles vorzüglich was ist, und manches könnte anders und besser sein. Ob dies von meinen Ansichten gilt, ist eine Frage, die Sie entscheiden sollen, jedenfalls wird eine eingehende Discussion dazu beitragen, die Grundsätze festzustellen, auf denen eine Besserung anzustreben wäre. —

Die Discussion über die beiden letzten Vorträge musste bis zur nächsten Sitzung vertagt werden, da die Zeit für die Versammlung abgelaufen war.

Die nächste Sitzung findet im Juni 1893 statt. *Oebeke.*

Bericht über die 76. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin als Feier des 25jährigen Jubiläums am 15. December 1892.

Anwesend die Herren: *Ascher* u. *Baer*-Berlin, *Bauer*-Charlottenburg, *Benno*-Carlsfeld, *Bernhardt*-Berlin, *Bothe*-Dalldorf, *Cramer*-Eberswalde, *Edel*-Charlottenburg, *Falkenberg*-Dalldorf, *Fraenkel*-Steglitz, *Gock*-Landsberg, *Goldstein*-Lichterfelde, *Guttstadt*-Berlin, *Heimann*-Charlottenburg, *Hirsch*-Magdeburg, *Jastrowitz*-Steglitz, *Jolly*-Berlin, *Kahlbaum*-Görlitz, *König*-Dalldorf, *Laehr*-Zehlendorf, *Laehr*-Schweizerhof, *Lehmann*-Untergöltsch, *Leppmann*-Moabit, *Levinstein-Schlegel*-Schöneberg, *Lilienfeld*-Lichterfelde, *Mendel*-Berlin, *Moeli*-Dalldorf, *Neuendorff*-Bernburg, *Oestreicher*-Schönhausen, *Oliven*-Pankow, *Placzek*-Berlin, *Rehm*-Blankenburg, *Richter*-Dalldorf, *Roller*-Brake, *Rosenstein*-Pankow, *Rust*, *Sander*-Dalldorf, *Schaefer*-Charlottenburg, *Schmidt*-Sorau, *Schuchardt*-Sachsenberg, *Selle*-Sorau, *Ulrich*-Eberswalde, *Vogelgesang*-Dalldorf, *Waldschmidt*-Westend, *Weber*-Dalldorf, *Wulffert*-Berlin, *Zenker*-Stettin, *Zinn* sen. u. jun.-Eberswalde, *Zoepffel*-Dalldorf.

Am Vorstandstische sind gegenwärtig: *Gock*, *Laehr*, *Moeli*, *Zinn*.

Der Vorsitzende *Laehr* sen. eröffnet die Sitzung, begrüsst die Versammlung und vermittelt die Grüsse der Herren *Alter*, *Hasse*, *Ideler*, *Knecht*, *Kroemer*, *Müller*, *Näcke*, *Siemens*, *Wendt* und die telegraphischen Glückwünsche der Collegen in Illenau und *Schaefer*'s-Lengerich.

Er muss leider an diesem Festage der Versammlung mittheilen, dass seit der letzten Sitzung ein Mitglied, *Eyselein*-Blankenburg, im besten

Digitized by Google

Mannesalter nach schwerem Leiden verschieden ist. Die Versammlung ehrt dessen Andenken durch Erheben von den Sitzen.

Der Vorsitzende bedauert, dass er — zum ersten Male seit Bestehen des Vereins — durch Krankheit verhindert war der letzten Sitzung beizuwohnen und dankt lebhaft, dass man ihn trotzdem für das neue Jahr wieder zum Vorsitzenden erwählt habe, sowie für die Freude, welche ihm der Verein durch Ueberreichung eines Albums mit den Bildnissen der Mitglieder gewährt, und für eine Geldstiftung, die das Andenken an das Jubiläum festhalten soll, und deren Bestimmung ihm überlassen war. Nach Berathung mit dem Vorstande habe er es am angemessensten gehalten, durch jene Stiftung eine Heimath für die Sitzungen im *Langenbeck*-Hause, Ziegelstrasse 10/11 zu erwerben. Das liberale Entgegenkommen des Vorstandes des *Langenbeck*-Hauses, vor Allem des Vorsitzenden, des Herrn Geh. Rath Prof. Dr. *v. Bergmann*, habe es ermöglicht, dass von jetzt ab die wissenschaftliche Arbeit des Vereins in so würdigen Räumen stattfinde, und dass der Verein nicht mehr genöthigt sei, in wenn auch noch so lieblichen Restaurationsräumen ein Unterkommen für die Sitzungen zu suchen. Der Vorsitzende stellt ferner einen Antrag des Vorstandes zur Berathung, von jetzt an einen jährlichen Beitrag zu Vereinsausgaben zu erheben. Diesem Antrage wird beigestimmt und der Beitrag auf 3 M. festgestellt, die Art der Ausführung dem Schatzmeister, *Moeli*-Dalldorf, überlassen.

Nunmehr hält der Vorsitzende folgende Ansprache:

Die Geschichte der deutschen Psychiatrie lehrt uns, dass, als die Aerzte an die Spitze der Irrenanstalten traten und die Verantwortung für die Durchführung ihrer Anordnungen übernahmen, nur Wenige dazu sich berufen fühlten. Diese Wenigen aber, ausgestattet mit hervorragender Kraft, begründeten gewisse Principien in der praktischen Durchführung ihrer wissenschaftlichen Erkenntniss. Das war damals für die Durchführung von Reformen eine schwierige Aufgabe, da sie nicht ohne Zustimmung der Behörden und nicht ohne bedeutende Geldopfer durchzuführen waren. Wie gross diese Mühe war, darauf ist jetzt wieder in den Berichten über das goldene Jubelfest Illenau's des Näheren hingewiesen worden. Jene Männer waren die Pioniere der deutschen Psychiatrie: die *Damerow*, *Flemming*, *Roller*, *Jacobi*, *Zeller*, *Jessen*, *Martini*, *Pienitz* und andere, nachdem schon vorher *Heinroth* und *Ideler* ein Entwicklungsstadium zu begründen versucht hatten. Jene Pioniere aber waren es, welche nicht nur die geeignetste Fürsorge für ihre Kranken zu ermitteln und durchzuführen, sondern auch durch exacte Beobachtung der Krankheitserscheinungen die wissenschaftliche Seite mit den neueren Hilfsmitteln der Untersuchung zu entwickeln die Aufgabe hatten, da die Universitäten ihnen noch nicht zur Seite standen. Jene Männer in ihren Einzelstellungen übten jedoch bei ihrer Begabung, ihrer Thatkraft und ihrer begeisterten Hingebung für die Sache einen grossen Einfluss auf ihre Behörden aus, und in ihren Kreisen stieg die Morgenröthe für die armen Psychischkranken auf.

Digitized by Google

Da die Zahl dieser Männer jedoch nur klein war, bahnte sich ein persönlicher Verkehr mit um so grösserer Zuneigung zu einander an. Dieser persönliche wie eifrig briefliche Verkehr genügte für die damalige Zeit. Er erleichterte die Feststellung von Principien, welche in Deutschland der praktischen Ausführung der Psychiatrie einen nationalen Charakter gaben, um so mehr, als jene nach der politischen Lage verschiedenen deutschen Bildungscentren angehörten und sie demgemäss eine freiere Stellung zu einander hatten.

Ihre Erfolge vermehrten die Zahl der Heilanstalten, mit ihr die der Aerzte, und um sie selbst schaarten sich Jünger, welche begeistert ihren Worten zuhörten und sich in ihre Thätigkeit einweihen liessen. Es erhob sich nunmehr das Bedürfniss, die dadurch erweiterten Kreise, welche sich nicht mehr in der Häuslichkeit der Einzelnen zusammen drängen liessen, zu einer gemeinsamen Arbeit an einem Orte Deutschlands zu vereinigen. Eine Gelegenheit dazu bot die damals schon seit 1822 bestehende und zur Blüthe gelangte Naturforscherversammlung. Zum ersten Male ward 1847 in Aachen eine Section für Psychiatrie und Anthropologie unter dem Präsidium von *Flemming* gebildet, woran 13 Irrenärzte Theil nahmen. Es ist nicht ohne Interesse, dass auch *Virchow* sich in diese Section einschreiben liess und an der Discussion Theil nahm. Obgleich er seit 1846 unter die Mitarbeiter der Allg. Zeitschr. f. Psych. zählte und es bis jetzt nominell geblieben ist, später hervorragende Arbeiten für den wissenschaftlichen Aufbau der Psychiatrie geliefert hat, mag doch wohl die Anthropologie ihn schon damals mehr angezogen haben, die er nachher in so grossartiger Weise gefördert hat und noch fördert.

Aus dieser Section der Naturforscherversammlung ist später eine selbständige Vereinigung der Psychiater hervorgegangen, welche nach einem von geringem Erfolge begleiteten Versuche *Erlenmeyer*'s 1860 unter Betheiligung von 20 Mitgliedern zum ersten Male in Eisenach tagte. 7 von ihnen leben noch, von denen ich hier nur allein anwesend bin, damals wohl einer der Jüngsten von Allen. Es ward allerdings, auch von *Virchow*, die Befürchtung ausgesprochen, dass eine Zersplitterung der Einheit in der Medicin zu befürchten sei, und die Psychiater gehörten zu den ersten, welche eine selbständige Gesellschaft gründeten und zunächst in dieser die Lösung der praktischen, in der Section der wissenschaftlichen Aufgaben anstrebten, aber die Erfahrung hat gezeigt, dass jene Befürchtung unbegründet war, und die vermehrten Anforderungen wie die vermehrten Kräfte dazu drängten.

Aus diesem Vereine sind dann in Deutschland eine Reihe von Local-Vereinen hervorgegangen, theils des collegialen Verkehrs unter den örtlich nahen Fachgenossen wegen, theils um einzelner Arbeiten willen, welche nicht umfänglich genug schienen oder unvollendet waren und der Discussion bedurften, ehe sie als selbständige Arbeit in die Oeffentlichkeit treten wollten oder im Hauptvereine einem grösseren Kreise mitgetheilt werden

Digitized by Google

sollten. Man meinte auch, dadurch die jüngeren Kräfte zur Betheiligung heranziehen und seminaristisch wirken zu können.

Unser Berliner Verein war von diesen Localvereinen der erste, beschlossen, als der Verein der deutschen Irrenärzte 1866 in Berlin tagte und schon weit früher in der Sitzung desselben zu Landau 1861 angeregt. Unser Verein wurde dann auch in der constituirenden Versammlung am 15. März 1867 zur Ausführung gebracht. Von den Theilnehmern an derselben sind *Koeppe*, *Boettger*, *Sponholz*, *Weyert* durch den Tod abgerufen, während *Arndt*, *Hauptmann*, *Ideler*, *Kahlbaum*, *O. Müller*, *Ulrich*, *Wendt*, *Laehr* noch jetzt leben und von diesen *Kahlbaum*, *Ulrich*, *Laehr* der heutigen Sitzung beiwohnen können, einige andere ihrer Gesundheit wegen eine Winterreise scheuen müssen.

Unser Verein ist nicht ohne Geburtswehen entstanden, aber die zu Grunde gelegten Prinzipien haben sich bewährt. Anfangs nur eine bescheidene Zahl — denn es genügte oft ein Zimmer, welches Freund *Ideler* uns in seiner Wohnung in der Anstalt auf der Wallstr. bereitwillig zur Disposition stellte — haben wir doch nie unsere Sitzungen zu unterbrechen nöthig gehabt, und unser, jeder Sitzung folgende, gesellige Verkehr hat nie zu Misshelligkeiten geführt, sondern uns persönlich näher gebracht. Wir waren dabei gleich vergnügt, wenn wir in den ersten Zeiten von *Ideler* mit Kaffee bewirthet wurden oder später bei Julitz Sekt uns letzte, oder wenn wir in den letzten Jahren bei Hausmann ein minderwerthiges immerhin doch gutes Getränk probirten.

Nun sind allmälig 25 Jahre in unverdrossener Arbeit und ihr folgender Erfrischung an uns vorübergegangen, die damals Jüngeren sind Veteranen geworden, und die jetzt Jüngeren haben durch frisches Blut und neuere Erfahrungen den Alterungsprocess verlangsamt. Die letzteren werden an unsere Stellen treten, und wir können erwarten, dass ein freundlicherer psychiatrischer Himmel nach wieder 25 Jahren über ihren Arbeiten ausgebreitet ist.

Während der Vergangenheit hat der Tod uns manch liebes Mitglied geraubt. Von der Zahl von 168 Mitgliedern sind 33 heimgegangen, von jüngeren Mitgliedern sind 17 in die Ferne gezogen oder deren Aufenthalt ist unbekannt. Ich habe in einem Berichte eine Zusammenstelluug unserer Arbeiten und ein Verzeichniss unserer bisherigen Mitglieder abgefasst und bringe ihn zur Vertheilung.

Noch bleibt viel Arbeit übrig! Wissenschaftlich werden uns Räthsel zur Erforschung immer vorliegen, so viele wir deren auch lösen. Diese Lösung wird um so leichter von Statten gehen, je mehr die praktische Psychiatrie den Boden ebnet. Freilich mag es noch eines Menschenalters bedürfen, ehe die Vorurtheile gegen uns im Publikum überwunden sind, ehe wir staatlich in eine bessere Lage kommen, und ehe wir den Angriffen, welche bekanntlich in allen Ländern und zu den verschiedensten Zeiten gegen uns gerichtet sind, die Spitzen abbrechen. Das Gespenst

Digitized by Google

der Freiheitsberaubung beherrscht noch die Massen, auch die Behörden. Wir selbst dürfen uns wohl nicht von aller Schuld freisprechen. Ueber manche Punkte herrscht auch bei uns noch keine Einheit. In den meisten Fällen bringt man uns die Kranken zu spät und verringert dadurch den Procentsatz der Heilung, in manchen bringt man sie uns zu früh, und die zu früh entlassenen Paranoiker, ohne dass wir dies hindern können, verbreiten Unheil, weil ihre Angriffe den Anschauungen des Publikums entsprechen. Es erklärt sich dies leicht. Wir sind in der Entwicklung, die Gegenwart hat noch viele Sünden gut zu machen, welche die Vergangenheit an unsern Kranken begangen hat, und es dauert in der Natur lange, ehe eine physische oder psychische Degenerescenz beseitigt ist. Bevor die psychiatrische Klinik überall vertreten und den anderen 3 Kliniken, der inneren, chirurgischen und gynäkologischen, gleichwerthig angereiht ist — denn unsere Disciplin ist keine specielle im engeren Sinne —, werden die ärztlichen Gutachten mehr als nöthig von verschiedenem Werthe für die Behörden sein und noch oft sich widersprechen. Bevor eine sachverständige Centralbehörde geschaffen ist, werden auch die gesetzlichen Bestimmungen nicht die zu wünschende Reform finden und vor Allem die Fachgenossen nicht die ihnen gebührende Stellung erlangen. Zum Glück ist der oft auch unter uns laut gewordene Ruf nach einem Irrengesetze nicht bei uns in Erfüllung gegangen, denn die Juristen, denen doch die Fassung obliegen muss, haben noch nicht die geeignete technische Vorbildung und eben so wenig die Kammern, welche die Sanction geben müssen. Andere Nationen, welche dies Ziel erreicht haben, können uns zur Warnung dienen. Wir vermögen uns noch immer freier zu entwickeln, als diese.

Nur erst dann, wenn eine der Sachlage entsprechendere und geeignetere Controlle geschaffen ist, werden die mangelhaften Anstalten, seien es öffentliche oder private, allmälig verschwinden.

Wir aber, welche wir die vergangenen 25 Jahre unseres Vereines übersehen dürfen, können feststellen, dass unsere Disciplin, so langsam dies geschehen sein mag, doch stets vorwärts geschritten ist. Die ungeahnte Höhe, welche während dieser Zeit die Neurologie und Neuropathologie erreicht hat, und welche im letzten Decennium unseres Vereines Ausdruck fand, hat auch der Psychiatrie wesentliche Klärung zugeführt und ihre Verbindung der Praxis manche Erleichterung gebracht. Schon machen sich allerdings Anzeichen geltend, dass in beiden der Stoff einen so gewaltigen Umfang erreicht hat, dass es heissen wird, neben einander marschiren und vereint schlagen.

Während vor 25 Jahren es in Deutschland 141 öffentliche und private Anstalten gab, in denen 19,550 Kranke behandelt und verpflegt wurden und 261 Aerzte angestellt waren, wurden 1890 in Deutschland in 236 Anstalten 56,234 Kranke behandelt, für welche 542 Aerzte arbeiteten. In der relativ kurzen Zeit von ca. 25 Jahren sind also 95 Anstalten mehr

Digitized by Google

errichtet, befinden sich 36,684 Kranke mehr in den Anstalten und sind 274 Aerzte mehr angestellt worden. Dazu existirt gegenwärtig kaum eine Provinz, welche nicht gedrängt ist, eine neue Anstalt zu errichten, abgesehen davon, dass durch das Gesetz jede Provinz Anstalten für Epileptiker und Idioten vom 1. April 1883 an bereit halten muss.

Wir können mit Vertrauen in die Zukunft sehen! Es bedarf freilich auch unserer vermehrten Arbeit, aber wenn wir unseren ebenso eifrigen als gründlich vorgebildeten Nachwuchs berücksichtigen, dann können wir erwarten, dass sie das gelobte Land sehen, und dass auch für unsere Disciplin das Wort gelten wird: Nunquam retrorsum.

Hierauf Schluss der Sitzung, nachdem die nächste auf den 15. März festgesetzt war. Die Versammlung folgt dem Führer durch alle Räume des *Langenbeck*-Hauses, welches durch die aufopfernden Bemühungen des Chirurgenvereines und der med. Gesellschaft unter Mitwirkung der Behörden und namentlich des Kaiserlichen Hauses in der würdigsten und geeignetsten Weise den Vereinen eine Stätte geschaffen hat, worauf Deutschland stolz sein kann. Es ist nur zu wünschen, dass die Vereine, namentlich die zahlreichen Vereine in Berlin, bestrebt sind, dort sich ein Daheim für ihre ärztlichen Berathungen zu suchen und auf diese Weisung eine Schöpfung zu unterstützen, welche früher in Deutschland nicht möglich erschien. 4 Säle von verschiedener Grösse zu Versammlungen, mehrere Bibliothek- und Arbeitszimmer, welche täglich benutzt werden, und alle technischen Vorzüge in baulicher Beziehung, wie sie nur immer die Demonstrationen unterstützen können, sind hier vereinigt, das zur Zeit möglichst Vollkommene zu erreichen.

Nach dieser Sitzung im *Langenbeck*-Hause begab sich der Verein zum fröhlichen geselligen Verkehr nach dem Hotel zu den „vier Jahreszeiten", einem der prächtigsten und für solche Zwecke geeignetsten der Residenz. Dort wurde er von den Gästen und der stattlichen Zahl von 18 Damen empfangen. Ein Diner, würdig des Tages, erfüllte seinen Zweck; an Reden fehlte es nicht. Nach dem Diner war in einem benachbarten Saale eine Bühne aufgeschlagen, von der herab Mitglieder des Vereines ein psychiatrisches Melodrama, betitelt „der heilige Antonius", aufführten.

Nach diesem Festspiele wurde ein Heft mit Liedern, die von Mitgliedern des Vereins für diesen Zweck verfasst waren, vertheilt und ein Commers begonnen, welcher den Tag ebenso fröhlich endete, als er ernst begonnen hatte, und bei den Theilnehmern eine freundliche Erinnerung hinterlassen haben dürfte.

Digitized by Google

Literatur.

Nordau, Max, Entartung. — Erster Band. Berlin. Carl Dunker. 1892. 374 S.

Was uns *Nordau* hier in seiner flotten, ungemein anregenden Weise bietet, geht uns nahe genug an. Er will die Lücke ausfüllen, die *Lombroso*, dem er beiläufig bemerkt dieses Buch widmet, gelassen hat, indem er die Lehre von der geistigen Entartung auf Schriftsteller und Künstler ausdehnt, da die Entarteten nicht immer Verbrecher und Prostituirte, sondern mitunter auch Schriftsteller und Künstler seien.

Wie *Lombroso* die Naturgeschichte des Verbrechers, so will er die Naturgeschichte der ästhetischen Schulen schreiben, und an Interesse und Reichthum der Ideen hat er sein Vorbild erreicht.

Wir finden hier dieselbe Belesenheit, wie bei dem Turiner Professor, vielleicht auch dieselbe etwas einseitige Auffassung mancher Verhältnisse, und wenn es an Widerspruch und Tadel auch nicht fehlen wird, Anregung und Belehrung bietet das Buch im reichsten Maasse.

Nordau ist gewissermaassen der Advokat des gesunden Menschenverstandes gegen die Modethorheiten in Schriftthum und Kunst. Schonungslos zieht er gegen sie zu Felde, und ebenso schonungslos ist seine Ausdrucksweise, oft derb und herzlich ungenirt, aber stets treffend und nie unverdient.

Die Signatur der Zeit, des fin de siècle, ist Nervenschwäche als Aeusserung der Entartung.

Das zu Tode gehetzte Nervensystem muss über kurz oder lang versagen, es kann mit dem rasenden Fortschritte der Daseinsbedingungen nicht gleichen Schritt halten, es ermüdet, altert und löst sich auf in Hysterismus und Neurasthenie. Daher nirgendwo gesunde Kraft und Ausdauer, nirgends Gleichmaass in Urtheil und Geschmack, wohl aber überall das Gegentheil, Nervenkitzel und Nervenrausch in Poesie und Kunst, in Theater und Welt, ein Haschen und Jagen nach Effect in Kleidung und Haltung, in Literatur und bildender Kunst.

An die Stelle des Gesunden ist das Krankhafte, an die Stelle der männlichen Kraft ist die elendeste Entartung getreten.

Digitized by Google

Ein wesentliches Symptom dieser Entartung sieht *Nordau* in dem Hange zum Mysticismus, dem Hereinragen überirdischer Gewalten in den eigenen Lebenskreis, hervorgerufen durch den Mangel an klarem, logischen Denken. Es sind unklare Köpfe trotz aller ihrer Genialität, und wenn man ihnen die Maske der Genialität vom Gesichte zieht, bleibt nichts übrig als ein armer erbärmlicher Wicht.

Durch den Mangel an Aufmerksamkeit, der den Entarteten eigen, drängen sich alle möglichen Vorstellungen in das Bewusstsein ein, die dort momentan nichts zu thun haben, hierdurch kommt es zu Associationsanomalien jeder Art, zu allerhand wunderbaren Verbindungen und Beziehungen, die ihren Ausdruck in sinnlosem und nur dem Mystiker verständlichem Geschwätze finden. So wird der entartete Naturforscher zum Naturphilosophen, der Astronom zum Astrologen, der Chemiker zum Alchemisten, und was unter dem gleichen Einflusse aus dem Schriftsteller wird, das zeigt uns *Nordau* an einzelnen Exemplaren und an ganzen Schulen.

So schildert er uns die Präraphaelisten in England und die Symbolisten in Frankreich, und was er uns von *Sar Peladan, v. Maetulink, Paul Verlaine* und anderen zum besten giebt, grenzt gradezu an das Unglaubliche. Allerdings ist es noch unglaublicher, dass derartige blödsinnige Faseleien Bewunderung erregen, wenn man nicht schon von langer Hand her wüsste, dass, wo immer einer den andern an Blödsinn und Albernheit übertrifft, sich Zwerge genug finden, die ihn für einen geistigen Riesen halten. Es wird nicht eines Hinweises auf bestimmte Erzeugnisse unserer jüngsten Literatur, auch in Deutschland, bedürfen, um dies für wahr zu halten.

Zu den Entarteten rechnet *Nordau* auch *Tolstoi* und *R. Wagner*, und von dem letzteren behauptet er sogar, dass der eine *Wagner* allein mit einer grösseren Menge von Degeneration vollgeladen sei, als alle anderen Entarteten zusammen, die wir bisher kennen gelernt haben. Wenngleich Herren, so sind sie doch nur Herren der Degeneration, es sind Degenerirte.

Bei *Tolstoi* kann man ohne Weiteres zugestehen, dass er es *Nordau* nicht allzuschwer gemacht hat, Beweise für seine Anschauungen beizubringen.

Die Ansichten der Kreuzersonate wird Niemand billigen können, der noch einen Funken logischen Denkens sein eigen nennt, und dass *Tolstoi* von wirklicher Nächstenliebe und Wohlthun keine Ahnung hat, davon kann er sich auf Seite 245 selber überzeugen.

Auch *R. Wagner* bietet Angriffspunkte für eine derartige Beurtheilung genug, und es ist ja nicht das erste Mal, dass ihm so was passirt.

Mögen sich daher seine Anhänger mit *Nordau* abfinden und sich mit ihm bei dieser Gelegenheit über seine Ansicht auseinandersetzen, die er von ihnen selber hat, dass sie dem Meister rühmlich zumeist wegen seiner Thorheiten folgten, von seiner Musik aber nichts verständen.

An sich ist es nicht unbedenklich, wissensehaftliche Theorien an einzelnen Personen in Anwendung zu bringen, und so möchte ich auch nicht behaupten, dass *Nordau* alle Klippen vermieden habe und über jeden

Digitized by Google

Tadel erhaben sei. So viel aber steht fest, dass sein Buch bei dem Leser einen nachhaltigen Eindruck hervor- und das Verlangen wachrufen wird, dass der zweite Band dem ersten bald folgen möge. *Pelman.*

Havelock Ellis, The Criminal. — London, 1890.

Der Verfasser giebt uns auf 302 Seiten eine ausgezeichnete Uebersicht über Alles, was die Criminal-Anthropologie bis 1890 geleistet hat. Es ist aber nicht eine einfache Zusammenstellung, sondern eigne Erfahrung, und Resultate aus englischen Gefängnissen und Irrenhäusern sind hier verwerthet, was den Werth des splendid, mit vielen Holzschnitten und Lichtdrucken, die freilich Manches zu wünschen übrig lassen, ausgestatteten Buches, das nur 3 sh 6 d kostet, noch erhöhen muss. Nur grosse Linien sind gezogen, eine wohlthuende Kritik geübt (die freilich hie und da noch schärfer hätte ausgeübt werden sollen), und geistreiche Bemerkungen aller Art und eine grosse Belesenheit auch in fremden Literaturen machen die Lectüre des Werkes höchst genussreich, so dass dasselbe angelegentlichst allen Interessenten zu empfehlen ist.

Im I. Capitel, in der Einleitung, werden die verschiednen Arten von Verbrechern kurz besprochen und durch Beispiele erläutert; der wahre Verbrecher, der instinctive criminal = reo nato, im ausgebildeten Grade ist ein wahres moralisches Monstrum. Meist organisch defecte Schwäche des Charakters und sociale Umstände erzeugen den Gelegenheitsverbrecher, der auch zum Gewohnheitsverbrecher werden kann. Die Aristokratrie in der Verbrecherwelt bilden die Professionsverbrecher. An den Grenzen vermischen sich die einzelnen Verbrecherarten. Die biologischen, kosmischen und socialen Ursachen werden kurz berührt, letztere mit allem Rechte als die Hauptsache hingestellt. Ref. glaubt wenig an die kosmischen Ursachen; alle darauf bezüglichen Facta lassen sich auch anders erklären.

Capitel II giebt eine Geschichte der Criminal-Anthropologie und ist von hohem Interesse. *Homer* schildert schon im Thersites den homme criminel, noch deutlicher *Aristoteles* und *Polemon.* Nicht ganz ohne Grund gilt *Gall* als Gründer der modernen Criminal-Anthropologie, das erste darauf bezügliche Buch scheint aber *Lauvergue*'s „les forcats" (1841) gewesen zu sein, das schon stark den socialen Factor betont, sowie den Umstand, dass viele Verbrecher geisteskrank sind. *Morel* (1857) sieht im Verbrecher eine Form der Degenerescenz. *Despine* studirte 1868 in seiner „psychologie naturelle" besonders die Psyche und sieht im wahren Verbrecher ein geistiges Monstrum. Mit *Broca* (1859) beginnt das anthropologische Interesse wieder aufzuleben, Engländer folgen ihm hierin zunächst und mit *Lombroso* (dessen erste Arbeit über Verbrecher 1872 erschien), der mächtig durch *Broca, Virchow* und *Darwin* beeinflusst erscheint, die Italiener. 1876 erschien *Lombroso*'s „uomo delinquente", 1. Band, 1889 der 2. Band, der Ausgangspunkt der ganzen neuen Richtung.

Digitized by Google

Hier ward der Verbrecher zum 1. Male als organische Anomalie, anatomisch und physiologisch, hingestellt. Neben Medicinern arbeiteten auch Juristen, besonders *Ferri* und *Garofalo*, und bauten die strafrechtlichen Consequenzen der neuen Lehre aus. Es wurden criminell-anthropologische Congresse abgehalten, darauf bezügliche Journale gegründet etc. und überall fleissig darin gearbeitet, mit Ausnahme von England.

Das III. Capitel befasst sich mit dem körperlichen Zustande des Verbrechers. Der Kopf ist wahrscheinlich durchschnittlich nicht verschieden, doch kommen häufiger grosse und kleine Köpfe vor; die Kopfmaasse sind häufig grösser als der Rasse entsprechend. Sehr häufig sind ferner Oxycephalie und Flachschädel, fliehende Stirn, schiefer Schädel, oft combinirt, und alle viel seltner bei Geisteskranken und bei Frauen seltner als bei Männern; diese Sätze muss Ref. z. T. bestreiten, und solche Galgengesichter, wie *Ellis* abbildet, bilden sicherlich nicht die Regel. Mit Vorsicht beurtheilt Verf. die Anomalien an den Verbrechergehirnen, legt aber mehr Werth auf die oft daran vorhandenen pathologischen Veränderungen. Prognathismus ist vorsichtig zu beurtheilen, massiger Unterkiefer oft bei Gewaltthätigen zu finden, vorstehende Backenknochen besonders bei Sexualverbrechern. Zahnanomalien sind häufiger als bei Irren (? Ref.), ferner sehr zahlreich die grossen und abstehenden Ohren, die gerade Nase (oft schief), Runzeln, namentlich um Mund und Nase, reichliches (oft wolliges) Haupthaar, dünner Bart, abnorme Behaarung, blasse Haut, seltne Kahlheit und graue Haare, mehr Brünette (auch in Deutschland und England); merkwürdig ist die Seltenheit der Rothhaarigen, wohl weil diese weniger widerstandsfähig sind. Die Physiognomie ist oft charakteristisch, besonders der starre Blick, und die internationale Aehnlichkeit, bei Frauen der oft männliche Typus; der Mongolentypus ist auch bei Idioten anzutreffen. Neben der „anatomischen Physiognomie" muss man die secundär erst erworbene Mimik unterscheiden. Die Muskeln sind gewöhnlich schwächer, die Arme länger, Herzkrankheiten und Genitalanomalien häufig.

Den angebornen und socialen Factor im Verbrecher zu trennen, ist nicht immer leicht. Die erbliche Belastung im engern und weitern Sinne ist sehr prägnant (*Marro* fand 77 resp. 90 pCt.!), ebenso Schwindsucht, Trunksucht, Altersverschiedenheit der Eltern, besonders aber unreife Väter. Das häufige Tätowiren kann nicht atavistisch gedeutet werden; häufig ist eher die Linkshändigkeit, wobei jedoch der Beruf viel Einfluss hat. Nach *Oltolenghi* ist die linke Körperseite kräftiger, grösser, als die andre. Die Sinne und das Gefühl sind im Allgemeinen stumpfer, daher ertragen die Verbrecher besser Wunden, die auch schneller heilen. Psychische Analgesie, Empfindlichkeit gegen Wettereinflüsse, seltnere Schamröthe. Auffällig ist der frühe Tabaksverbrauch.

Capitel IV behandelt die Psyche. Keine Harmonie der geistigen Eigenschaften, keine Vorsicht, keine Reue, Grausamkeit; die moralische Insensibilität hängt mit der körperlichen zusammen. Dummheit und Schlau-

Digitized by Google

heit combiniren sich gern; Verbrecher gegen die Person sind weniger intelligent, als die gegen das Eigenthum. Ferner sind zu notiren: Eitelkeit (äusserliche und innerliche), rascher Gefühlswechsel, Faulheit, Hang zu Alkohol, Spiel, Orgien, sexuellen Excessen, zu Aufruhr („Zuchthausknall"); selten Liebe. Aberglaube und eine gewisse Art von Religion fehlen fast nie, Freidenker sind selten. Sehr lehrreich sind die Ausblicke auf das Rothwälsch der Verbrecher (nur bei Gewohnheitsverbrechern), die Wand- oder Buchinschriften (Frauen obscöner als Männer), ihre Literatur und Kunst (lieben besonders sentimentale Bücher; schöne Gedichte von italienischen Verbrechern) und die philosophischen Ideen (entschuldigen das Verbrechen als Fatum und sehen die ganze Welt als Spitzbuben an).

Das V. Capitel bespricht die Resultate der Criminal-Anthropologie. Bei Pflanzen darf man nicht von Verbrechen reden, eher bei den Thieren. Nicht Alles bei den Wilden ist als Verbrechen zu deuten. Verbrecher sind durch Defecte oder andre Umstände anti-social und ähneln oft körperlich und geistig den niedern Rassen, das ist es, was so oft als „Atavismus" bezeichnet wurde. (Der Verf. warnt zwar vor Missbrauch dieses Worts, verfällt aber leider, wie es Ref. scheinen will, oft genug in diesen Fehler.) Der wahre Verbrecher zeigt schon früh Zeichen der sogenannten „moral insanity", deren Spuren *Ellis* mit Recht schon beim normalen Kinde sieht, welche aber durch spätere Erziehung beseitigt werden. Der Verbrecher ist oft nur ein stehen gebliebenes Kind. Frauen verüben weniger Verbrechen, besonders wegen der Mutterschaft und der Prostitution, die quasi vicariirend eintritt. Huren haben mehr Entartungszeichen (? Ref.) als Verbrecherinnen, weil sie mehr dem gebornen Verbrecher ähneln, dasselbe gilt auch von den Vagabunden. Den Verbrecher-Charakter durch Professions-Charakter zu erklären, wie *Tarde* will, erschöpft nicht das Ganze. Zwischen Laster und Verbrechen giebt es keine scharfe Grenze. Sehr wichtig ist das krankhafte Element, ohne es aber zu überschätzen. (Verf. hebt aber nicht genug die Wichtigkeit des socialen Factors heraus, der vielleicht die Hauptsache ist. Ref.) Der Verbrecher hat zwar Aehnlichkeit mit Idioten und Epileptikern, ist aber keins von Beiden. „Moral insanity" ist ein schlechter Ausdruck. Hält man aber an ihm fest, so deckt er sich ziemlich mit dem des gebornen Verbrechers.

Capitel VI behandelt lichtvoll, historisch und in grossen Zügen die Massnahmen gegen die Verbrecher, welche man nur gutheissen kann. Strafe beim „wahren Verbrecher" ist ein Unsinn. Die Todesstrafe nimmt immer mehr ab, und dies ist jedenfalls gut, da unter den Mördern gerade die meisten Leidenschaftsverbrecher sind. Die Gefängnisse sind zwar wesentlich besser gegen früher geworden, aber sie haben das Verbrechen nicht zu mindern vermocht. Den Gewohnheitsverbrecher bessern sie nie, der sich oft danach sehnt und das Gefängniss dem Arbeitshause vorzieht. Der Krebsschaden liegt aber in dem Aussprechen der bestimmten Strafe; nur die unbestimmte Strafe, zuerst 1871 in Amerika eingeführt, kann

Digitized by Google

wirklich bessern, und die Resultate derselben namentlich in Elmira sind sehr ermunternd. Daher ist dieselbe mit Recht auf die Fahne der Positivisten geschrieben, wie auch die damit engverknüpfte probeweise Beurlaubung. Aber es gilt noch mehr zu reformiren. Das Wartpersonal in den jetzigen Gefängnissen taugt wenig; es muss in speciellen Schulen an Gefängnissen dazu trainirt werden. Ferner muss die Berührung der Gefangnen unter sich möglichst beschränkt, der mit der gebildeten (aber nicht neugierigen!) Aussenwelt erweitert werden und die körperliche und geistige, ethische und industrielle Erziehung der Gefangenen muss rationeller betrieben werden, wofür besonders das State Reformatory zu Elmira (im Staate New-York) ein glänzendes Vorbild ist. Das Zellengefängniss ist schlecht, weil es den Gewohnheitsverbrecher nie bessert.

Das Gefängniss soll ein „moralisches Hospital" sein. Erlernung eines Handwerks im Gefängniss ist für das spätere Fortkommen sehr erwünscht. Prügelstrafe ist durchaus abzuschaffen, da sie nur brutalisirt. Für Registrirung und Recognition der Verbrecher ist das *Bertillon*'sche Maasssystem sehr zu empfehlen, für Heranbildung der Richter empfiehlt mit Recht *Tarde* die Einrichtung von „Verbrecherkliniken" an Gefängnissen. Bei Gelegenheitsverbrechern giebt es mehrere Möglichkeiten; man kann z. B. Gefängnissstrafe androhen, sie aber nur antreten lassen, wenn Rückfall eintritt (in Belgien dies seit 1888); bei kleinen Vergehen: Entschädigung der Beschädigten, am besten zugleich mit Strafzahlung an den Staat verbunden. Bei Bettlern, Vagabunden: Zwangsarbeit, bei Gewohnheitstrinkern: zwangsweise, längere, staatliche Behandlung.

Capitel VII stellt allgemeine Betrachtungen an. Das Verbrechen ist ein Naturphänomen. Der Verbrecher war von jeher der Held in Sage und Gesängen, und noch jetzt wird er oft genug, von Gebildeten sogar (besonders von Damen), poussirt, und ein Wust von Aberglauben knüpft sich an seine Person (besonders an sein Blut und an den Strick). Die Publicität durch die Presse ist ein gefährliches Contagium (Beispiele: Jack der Aufschlitzer und Kronprinz Rudolf). Praktisch ist es gleich, ob der Verbrecher z. Z. der That geisteskrank war oder nicht; in beiden Fällen ist er human und vernünftig zu behandeln. Das Schwurgericht bewährt sich in England ziemlich gut, schlecht dagegen in der Schweiz, Italien und Frankreich. Der Richter darf nie sich über das Gutachten von Sachverständigen stellen, wie es so oft geschieht. Die Reformen der Rechtspflege können aber nur erst nach Aufklärung des Publikums lebendig werden. Dass mit der Zunahme der Civilisation auch die Criminalität zunimmt, ist nicht wunderbar; nur Besserung der socialen Verhältnisse kann hier helfen, weniger die Erziehung im gewöhnlichen Sinne. Abnorme Kinder sind speciell aufzuziehen. Unsre Gefängnisse sind unzweckmässig und zu gut für die Verbrecher, Arbeitshäuser entsprechen ihnen mehr. — Auch diesen Sätzen wird man im Allgemeinen nur beipflichten können. *P. Näcke.*

Digitized by Google

Taschenbuch der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie von Dr. *K. Alt* und Dr. *K. E. F. Schmidt*. — Halle, Knapp. 1893.

Auf 117 Seiten wird das Allernothwendigste über das in der Ueberschrift genannte Gebiet mitgetheilt, und von den 117 werden 60 Seiten von der physikalischen Einleitung und der Beschreibung der Apparate eingenommen. Ob ein Bedürfniss für eine so knappe Bearbeitung des Gegenstandes vorliegt, mag zweifelhaft erscheinen; bejaht man es, so wird die Klarheit und Frische der Darstellung anzuerkennen sein. Dass in dem der Therapie gewidmeten Abschnitte Manches Widerspruch herausfordert, ist gerade hier unvermeidlich. Nicht unbedenklich erscheint vielleicht die Empfehlung relativ starker Ströme in einem Abriss, der naturgemäss mit elektrotherapeutisch weniger Geübten rechnen muss. *Hans L.*

Geistesstörung und Verbrechen. Vortrag, gehalten in der akad. Gesellschaft zu Freiburg den 4. December 1891 von Prof. Dr. *Kirn*. — Heidelberg, K. Winter's Universitätsbuchhandlung. 24 Seiten.

Verfasser theilt in diesem anregenden und gemeinverständlich gehaltenen Vortrage die Verbrecher in Leidenschafts-, Gelegenheits- und Gewohnheitsverbrecher ein. Erstere sind im allgemeinen als normale Menschen zu beurtheilen, denen nur die gehörige Selbsterziehung abgeht; doch handeln manche auch in krankhaftem Affect, namentlich unter dem Einflusse des Alkohols. Ueberhaupt stehen Trunksucht und Verbrechen in einem ähnlichen Verhältniss zu einander wie Trunksucht und Geistesstörung.

Die Gelegenheitsverbrecher sind in der Regel geistig gesund, aber sittlich schwach.

Zweifel an der geistigen Gesundheit tauchen am häufigsten bei den Gewohnheitsverbrechern auf. Von den im Verlaufe der Strafverbüssung, besonders in Einzelhaft, auftretenden Geistesstörungen, deren Häufigkeit bekannt ist, kann hier abgesehen werden; in Betracht kommen vorwiegend die angeborenen geistigen Schwächezustände, die nach der Ansicht *Lombroso*'s und der italienischen positiven Schule ein besonderes, für verschiedene Arten von Verbrechen etwas verschiedenes Bild darstellen, nämlich das des geborenen Verbrechers, das *Lombroso* bekanntlich für eine Art von Epilepsie erklärt. Verf. weist diese Auffassung in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl der deutschen Criminal-Anthropologen zurück. Es besteht zwar bei einer Anzahl von Verbrechern eine erbliche Belastung, die sich häufig auch in dem Auftreten von Degenerationszeichen ausspricht, es sind mehr oder weniger ausgebildete geistige Schwächezustände vorhanden, aber diese Erscheinungen entsprechen keinem bestimmten Krankheitsbilde, am wenigsten dem des sogenannten moralischen Irreseins. Auch sind diese

Digitized by Google

Zustände durchaus nicht immer angeboren, sondern nicht selten durch Trunksucht, Kopfverletzungen etc. erworben. Ebenso widerlegt Verf. ihre Deutung als Atavismen und ihre Vergleichung mit dem Verhalten des Kindes. Gegen die Annahme eines Verbrechertypus spricht schon der Umstand, dass der Begriff des Verbrechens ein zeitlich wechselnder gewesen ist.

Soviel steht indess nach Verf. fest, dass der Durchschnitt der Gewohnheitsverbrecher sich unter dem mittleren geistigen Niveau seiner Zeitgenossen hält, und dass sich unter ihnen viele Individuen befinden, die vermöge ihres Zustandes sowohl vor Gericht wie in der Strafanstalt eine besondere Berücksichtigung verdienen. *Knecht.*

Lombroso, l'anthropologie criminelle et ses recents progrès. — Paris 1891.

Jedes neue Buch des berühmten Italieners zeigt uns alle bekannten Fehler und Vorzüge: Enorme Gelehrsamkeit, glänzende Diction, massenhaftes Material, geistreiche und weitblickende Bemerkungen neben ungenügender Kritik und unwissenschaftlicher Behandlung des Gegebenen, oft auch Ignoriren von längst widerlegten Behauptungen.

Das vorliegende Werk (2. Aufl.) bildet ein Supplement zum „uomo delinquente" und soll durch weiteres, meist fremdes Material die dort niedergelegten Sätze bekräftigen, besonders den type criminal retten helfen. Das Gehirn und der Schädel werden kurz berührt, wieder die mittlere Hinterhauptgrube als am charakteristischsten für den Verbrecherschädel (längst widerlegt, Verf.!) hervorgehoben, ferner die Häufigkeit der vorzeitigen Synostosirung und eine übergrosse Crista frontalis. Verf. erwähnt die körperlichen und psychischen Zeichen einzelner Verbrecherarten nach *Marro; Rossi* fand vorwiegend Brachycephalen unter Verbrechern, *Oltolenghi* eine Reihe von Anomalien der knöchernen Nase.

Auch Abweichungen der Gestalt der äussern Nase charakterisiren gewisse Verbrecherarten! Interessant sind die Untersuchungen *Frigerio's* und *Gradenigo's* über das äussere Ohr; die Anomalien desselben sind häufiger bei Verbrechern als sonst und häufiger rechts; ferner die klassischen Untersuchungen der Frau *Tarnowski* an Huren, Diebinnen und Bäurinnen (die freilich z. T. anfechtbar sind, Ref.). *Oltolenghi* fand Runzeln (besonders die „zygomatische") häufiger und früher auftreten (Ref. konnte dies an Frauen nicht bestätigen, ebensowenig die abnorme Länge der Arme). Der Mancinismus, auch anatomisch begründet, wird kurz berührt, die Analgesie, die Abschwächung der Sinne, das Tätowiren, welches immer noch als Atavismus erklärt wird etc. *Oltolenghi* fand bei 15 gebornen Verbrechern Verminderung der Urate und Vermehrung der Phosphate im Urin, nicht aber bei Gelegenheitsverbrechern (! Ref.). Zwischen dem gebornen und Gewohnheits-

Digitized by Google

verbrecher einerseits und dem Gelegenheitsverbrecher andererseits sieht *L.* nur einen quantitativen Unterschied. Hierauf folgt eine interessante Studie über das Mörderpaar Eyraud und Gabriele Bompard, sodann über den latenten Verbrecher und die „Mattoiden"; Verf. beleuchtet von Neuem in hübscher, aber nicht neuer Weise den Parallelismus von Genie, Epilepsie und Verbrechen, eins seiner Steckenpferde bekanntlich.

Lehrreich sind die Auseinandersetzungen über die Schädlichkeiten unserer modernen Gefängnisse, besonders des Zellensystems, seitens so berufner Männer wie *Preius* und *Gelilas*; auch die „Palimpseste" der Gefangenen gewähren darin einen tiefen Einblick. Hierauf behandelt *L.* ziemlich eingehend die politischen Verbrecher: Revolution und Revolte; den Hauptfaktor hierin sieht er im Klima; nach *le Bou* spielt die Rasse auch eine grosse Rolle, wie auch auf das Genie; in den französischen Departements ist letzteres häufiger, wo das germanische Blut vorherrscht, ferner geht das Genie parallel der republikanischen Gesinnung; letztere nimmt auch in den dichter bevölkerten französischen Departements zu; Irrsinn und Verbrechen gehen parallel den revolutionären Abstimmungen. Königsmörder sind Fanatiker, hereditär degenerirte, die aber nie Mitthäter haben. (Diese ganzen Sätze sind wohl durchaus anfechtbar, einseitig beleuchtet und schon wiederholt widerlegt worden. Ref.) Darauf bespricht Verf. die Congresse, Journale und Gesellschaften, die sich mit crimineller Anthropologie befassen. Am werthvollsten aber erscheint vielleicht der Anhang, der sich mit dem Unterrichte der Criminal-Anthropologie befasst und insbesondere in der Gefängnisskunde. Hier gilt es zunächst die Baulichkeiten zu studiren, deren Ideal noch aussteht, ferner die complicirte Verwaltungsmaschine, besonders aber den Verbrecher selbst im Gefängnisse und zwar nur den „gebornen Verbrecher", da die andern Kategorien nicht viel von den andern Menschen abweichen (was *L.* allerdings früher nicht zugab, Ref.). Die „Verbrecher-Klinik", für Studenten im Gefängnisse abgehalten, sollte folgende Branchen umfassen: 1. Gesetze, Verordnungen, das gesammte Gefängnisswesen betreffend; 2. criminelle Statistik, Theorien der Penalität etc.; 3. Unterricht in Criminal-Anthropologie und -Psychiatrie; 4. Besichtigung der Gefängnisse selbst, der Zellen etc. — Sicher hat damit *L.* einen grossen fruchtbaren Gedanken ausgesprochen und theilweise schon längst praktisch durchgeführt, der hoffentlich einmal auch bei uns in Erfüllung gehen wird, damit endlich unsere Juristen nunmehr den Menschen im Thäter und nicht die That vorwiegend ins Auge fassen und weniger Irrthümer begehen, als bisher. Hätte *L.* nichts weiter gethan, als die Linien der ganzen neuern Umwälzung im Strafverfahren, die immer tiefere Wurzeln greift, zu zeichnen, so würde sein Verdienst schon ein unsterbliches, dem von *Beccaria* und andern Reformatoren ähnliches sein.

Dr. *Näcke*-Hubertusburg.

Digitized by Google

Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Von Dr. *A.* Freiherrn *von Schrenck-Notzing*, prakt. Arzt in München. — Stuttgart, Enke, 1892.

Das vorliegende Werk schliesst sich den bekannten Büchern von *Krafft-Ebing* und *Moll* würdig an. Es ist mit grossem Fleisse ausgearbeitet und enthält neben den vielleicht zu ausführlich mitgetheilten Beobachtungen anderer Autoren auch eine Anzahl wichtiger Erfahrungen des Verfassers selber. Inwiefern ich in einzelnen Punkten der Auffassung *Schrenk*'s nicht beistimmen kann, werde ich in einem eigenen Aufsatze darzulegen versuchen, der in dem Jubelbande dieser Zeitschrift erscheinen soll. Hier kann ich mich mit einer einfachen Inhaltsangabe begnügen. Der erste Abschnitt behandelt die sexuelle Hyperästhesie, also Onanie, Satyriasis und Nymphomanie, mit anschliessendem Bericht über suggestivtherapeutische Heilerfolge diesen Leiden gegenüber. Die Prognose gilt dem Verf. als nicht schlecht: „im Ganzen ist die Vorhersage überall da, wo noch nicht ein vollständiger psychischer und sexueller Verfall eingetreten ist, eine entschieden günstige, da auch in den schwersten Fällen erhebliche Besserungen möglich sind." Etwas schlimmer steht es mit Impotenz und sexueller Anästhesie, die in dem folgenden Abschnitte erörtert werden. Der dritte und längste Teil des Buches beschäftigt sich mit der sexuellen Parästhesie und zwar zunächst mit ihrer geschichtlichen Entwickelung. Ueber diese urteilt Herr *von Schrenck* folgendermaassen: die Päderastie kann bei einem normalen Volke durch moralisches Contagium oder sonstige äussere Ursachen auftreten; sie giebt der conträren Sexualempfindung das Leben, und diese führt erst durch die charakterologische Umwandlung zur Degeneration des Individuums. Sehr ausführlich ist dann das wichtige Kapitel von der ätiologischen Bedeutung der Vererbung und Erziehung für die Verirrungen des Geschlechtstriebes gehalten. Betrachtungen über die psychische und suggestive Behandlung der Erscheinungen sexueller Perversion und eine reichhaltige Kasuistik bilden den Abschluss.

Max Dessoir-Berlin.

Vorlesungen über Hirnlocalisation von *Dav. Ferrier*. Deutsche autorisirte Ausgabe von Dr. *Max Weiss*. — Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke, 1892. 168 S.

Die Vorlesungen beschränken sich wesentlich auf die Rindenlocalisation. Verf. hält an der localen Trennung der sensorischen Rindencentren von den motorischen fest; die Ausstrahlung der sensorischen Bahnen in die Gyri fornicatus und hippocampi ist nach ihm experimentell klargestellt und muss nun anatomisch nachgewiesen werden. Das Centrum für das deutliche Sehen des entgegengesetzten Auges ist nach ihm auf den Gyrus

Digitized by Google

angularis beschränkt, während der Hinterhauptslappen damit nichts zu thun hat. Man wird des Verf. Ansichten auch da, wo sie von den gewöhnlichen abweichen, mit Interesse lesen. Störend wirkt oft der Hinweis auf Abbildungen in früheren Schriften. Die Uebersetzung könnte sorgfältiger sein, auch wenn man von Provincialismen absieht. Ob zu letzteren auch der Seehund gehört, der auf S. 5 statt des Haies unter den Fischen auftaucht?

Hans L.

Hack Tuke, **A dictionary of psychological Medicine giving the definition, etymology and synonyms of the terms used in medical psychology with the symptoms, treatment, and pathology of insanity and the law of lunacy in Great Britain and Ireland. — II Vol. 1477 pp. London, J. a. A. Churchill. 1892. 42 H.**

In zwei stattlichen Bänden giebt Dr. *Hack Tuke* vorliegende Encyclopädie der Psychiatrie heraus. England kann stolz darauf sein, dass es in diesem Jahre das Centennarium des „Retreat" bei York festlich begehen konnte, jener Anstalt, welche mit ihrem Neubau ausserhalb einer Stadt durch die „Gesellschaft der Freunde" nicht nur eine Reform der Irrenpflege begann, sondern auch ein Jahrhundert hindurch in gleichem Grade fortsetzte. Nicht weniger stolz kann es aber auch auf die Herausgabe des vorliegenden, bei Gelegenheit des Centennariums veröffentlichten Werkes sein, welches eine andere Nation bisher nicht versucht hat und versuchen konnte. Encyclopädien über das Gesammtgebiet der Medicin, so mühsam sie sind, lassen sich dennoch leichter verwerthen, als die über einen Zweig derselben. Es ist ein hervorragendes Verdienst *Hack Tuke*'s, dass er den Muth und die Kraft hatte, dies Werk zu beginnen und zu vollenden. Niemand war freilich geeigneter dazu. Seine Beherrschung des Gegenstandes, sein langjähriger Beruf als Redacteur des „J. of medical science", sein unermüdlicher Fleiss und nicht zum wenigsten seine im Interesse seines Berufes unternommenen Reisen durch die civilisirten Länder, welche ihn mit den angesehensten Berufsgenossen befreundeten, haben es ihm ermöglicht, 130 Mitarbeiter für seinen Zweck zu gewinnen.

In mehr oder weniger ausführlicher Weise werden Definition, Etymologie und Synonymik der Bezeichnungen in der Psychiatrie angegeben, Symptome, Pathologie und Therapie auseinandergesetzt, und die Irrengesetzgebung in Grossbritannien und Irland mitgetheilt. Eine ausführliche Psychologie von Dr. *W. C. Coupland* leitet das Werk ein, die Geschichte der Entwicklung der Psychiatrie in allen Ländern fehlt nicht, und eine mühevolle Zusammenstellung der selbständigen psychiatrischen Werke in englischer Sprache ist hinzugefügt.

Es ist naturgemäss, dass bei den zahlreichen Mitarbeitern und bei der

Digitized by Google

ersten Herausgabe eines so grossartig angelegten Werkes nicht alle Artikel gleichwerthig sind, aber eine Encyclopädie, welche bei den so raschen Fortschritten unserer Disciplin einer steten Erneuerung bedarf, lässt als eine Nothwendigkeit erscheinen, dass über kurz oder lang eine neue Auflage erscheint. Dann werden die Mitarbeiter einen Anhaltepunkt in der vorliegenden haben, um zu einer annähernden Uebereinstimmung auch nach dieser Richtung hin zu gelangen.

Dem Inhalte entspricht die Form der beiden Bände. Papier, Druck und Einband sind vortrefflich, wie es bei englischen Werken die Regel ist.

L.

Bremer **(St. Louis), Tobacco, Insanity and Nervousness. — St. Louis. Meyer Brothers Druggist. 1892.**

Verf. hat in seiner interessanten Broschüre der edlen Tabakspflanze gründlich den Krieg erklärt, indem er die schlimmsten Nervenübel von ihrem Genusse ableitet. Der Inhalt ist in Kürze folgender:

Ueber kein Narcoticum gehen die Ansichten weiter aus einander als über den Tabak. Die Einen halten ihn für ein grosses Uebel, die Anderen für eine Wohlthat. Nach *Bremer* ist er noch gefährlicher als der Alkohol, weil er allgemeiner verbreitet ist, weil sich seine Wirkungen mehr schleichend einstellen und weniger beachtet werden. Eine Prise Tabak steht überall in guten Ansehen, während der Alkohol von Vielen verdammt wird. Viele halten den Tabak bei unserer fortgeschrittenen Civilisation für ein unbedingt nöthiges Stimulans. Eine Cigarre oder eine Pfeife Tabak soll das gestörte Nervengleichgewicht wieder herstellen.

Nun kann allerdings ein mässiges Rauchen für den gesunden Menschen unter Umständen unschädlich bleiben, für den Neurastheniker dagegen und den Neuropathen ist es stets gefährlich. Und doch werden Viele vollständige Sklaven des Tabaks!

Der Beginn des Rauchens in frühem jugendlichen Alter kann geradezu zur psychischen Degeneration führen, zu einer Art Imbecillität. Solche Jungen werden, nur um Tabak zu erhalten, Lügner, Betrüger und Diebe; sie kommen schliesslich als unverbesserlich in das Correctionshaus!

Bei Erwachsenen tritt zu Anfang des Rauchens leicht Incoordination, Nausea, Amblyopie und Amaurose ein, denn das Nikotin ist ein mächtiges Nervengift. Es ist deshalb kein Wunder, wenn es schliesslich die eine oder die andere Form von Geistesstörung zeitigt, indem es die höheren Hirnregionen direct schädigt.

Dr. *Kjelberg* schildert in der Section für Neurologie und Psychiatrie beim letzten internationalen medicinischen Congresse Nikotin-Psychosen mit sehr charakteristischen Symptomen und entsprechendem Verlaufe. Verf. will Melancholien, häufiger Manien und sehr häufig allgemeine

Digitized by Google

Paralyse in überstürzter Form infolge von Missbrauch des Tabakes beobachtet haben.

Die meisten Geisteskranken rauchen. Wenn manche Psychiater hiervon eine beruhigende Wirkung gesehen haben, so gilt dies nur für die secundäre Demenz. Gewöhnlich beruhigt der Tabak nur im Anfang und regt später auf. Das Rauchen verursacht oder verlängert die Aufregungszustände.

Verf. hat schon schwere Tabaks-Psychosen nach Entziehung des Tabaks rasch in Genesung übergehen gesehen.

Französische Beobachter sehen im Rauchen einen der Factoren für die Depopulation Frankreichs.

Lehrer, Prediger und Aerzte sollten aber selbst mit dem guten Beispiel der Enthaltung von Tabak vorangehen. Leider thun sie dies aber nicht; sie sind selbst Tabaks-Sklaven und können sich nicht von den Banden dieser Sklaverei befreien! Viele sind sogar dem Wahne unterworfen, das Rauchen steigere die Arbeitsfähigkeit, erleichtere das Denken; ohne Tabak seien sie unfähig zu ernster geistiger Thätigkeit. Bedeutende Männer, welche Grosses geleistet, werden hierfür als Beispiel angeführt. Dieses beruht aber auf ungenauer Beobachtung. So hat z. B. Kant, der grösste deutsche Philosoph, nur deshalb so schwer verständlich geschrieben, weil er bis zum Excess rauchte und schnupfte!?

Unser Autor hat — und wohl mit Recht — nur wenig Hoffnung, dass der Tabaks-Missbrauch in Bälde eine Besserung erfahren werde, da gegenwärtig die Cigarre bei der Jugend als ein Zeichen der Männlichkeit, die Pfeife bei Erwachsenen als ein Zeichen des Friedens und Behagens gelte! Er fürchtet, er sei ein Prediger in der Wüste!

Schliesslich betont er noch, dass bei an Tabaks-Neurose Leidenden ein theilweiser Abbruch nicht genüge; sie müssten, um zu genesen, total mit dem Tabake brechen. Fester Entschluss führe zum Ziele! In der Uebergangszeit können Bromide, Cannabis indica und bittere Tonica den Tabaks-Hunger stillen.

(Ref., allerdings selbst ein „Sklave des Tabaks", kennt zwar, wie jeder Neuropathologe, sehr wohl die Gefahren des chronischen Nicotinismus, hält aber das von dem Verf. entworfene Bild für allzu schwarz gezeichnet!)

Kirn.

Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums der Anstalt Illenau. Herausgegeben von den jetzigen und früheren Illenauer Aerzten: *Schüle, v. Krafft-Ebing, Kirn, Neumann, Fr. Fischer, Eickholt, Wilser, Landerer, Dietz.* Mit Lichtdruck und 2 Tafeln. — Heidelberg 1892. 219 S. 8°.

Die Heilanstalt Illenau hat am 27. September 1892 ihr 50 jähriges Jubiläum in der wohl nur ihr eigenartigen, historisch und durch ihr Ver-

Digitized by Google

hältniss zum Fürstenhause und dem Lande Baden begründeten Weise festlich begangen. Ausführlich bewahrt die Erinnerung daran eine kleine Schrift: „Illenau's goldenes Jubiläum. Illenau 8. 51 S." Aber auch eine werthvolle wissenschaftliche Gabe wird uns in der vorliegenden Festschrift geboten. Den Anfang macht die Festrede mit Ausblick auf einige psychiatrische Gegenwartsfragen und Zukunftsaufgaben. Von Dir. *H. Schüle*. Sie beginnt mit einem historischen Rückblicke, in welchem *Roller*'s und *Hergt*'s hervorragende Verdienste um Entstehung und Führung der Anstalt mit biographischen Notizen in der anerkennendsten Weise und mit warmem Herzen hervorgehoben werden, um dann weiter auch die jetzigen Mängel der praktischen und wissenschaftlichen Seite der Psychiatrie und ihre Beseitigung in der Zukunft zu erörtern, wobei der Illenauer Standpunkt vorzugsweise zum Ausdruck gebracht wird. Einen besonderen Werth gewinnen diese Wünsche dadurch, dass der Verfasser hiermit „durch Ablegung seines psychiatrischen Glaubensbekenntnisses Mitarbeitern und Freunden ein Vermächtniss übergeben will, das sie prüfen und ausbauen mögen." Es kann hier nur darauf verwiesen werden.

R. v. Krafft-Ebing-Wien, Zur Differentialdiagnose der Dem. paralyt. und der Neurasthenia cerebralis. Gegen die Irrthümer der Diagnose, welche oft verhängnissvoll für den Kranken werden können, sind hier in klarer Weise die unterscheidenden Symptome angegeben.

L. Kirn-Freiburg schreibt über „Geistesstörung und Verbrechen", namentlich über die verwandtschaftlichen Beziehungen, welche zwischen der Neigung zum Begehen von Verbrechen und Geistesstörung zweifellos vorhanden seien. Ausführlich wendet er sich gegen die Grundzüge der italienischen Verbrecheranthropologie und weist nach, dass von einem Verbrechertypus nicht die Rede sein könne. Es stehe nur so viel fest, dass eine Anzahl Gewohnheitsverbrecher auf einer niederen geistigen Stufe stehe, als die Majorität ihrer Mitmenschen. Ebensowenig dürfte der Geisteszustand des Epileptikers mit jenem identificirt werden. Bei dem grossen Einflusse, den die italienische Schule gegenwärtig auf Aerzte und Juristen ausübt, werden die wissenschaftlichen Erörterungen dieses Aufsatzes zur Klärung beitragen.

Fr. Neumann-Badenweiler, Beobachtungen über Schädelbrüche, Gehirnerschütterung und Shock. Der Einfall eines Neubaues, wobei neun Arbeiter getödtet, neun andere mehr oder weniger schwer verletzt wurden, gab das Material für diesen Aufsatz. Aus den anatomischen Befunden werden vorzugsweise die Schlüsse gezogen.

F. Fischer-Pforzheim, Ueber Ammonshormveränderungen bei Epileptischen. Der in seinen Fällen gefundenen Ammonshornatrophie steht auch manchmal eine Erweichung des Ammonshorns zur Seite.

Eickholz - Grafenberg, Beitrag zur Kenntniss der acuten

Digitized by Google

Formen der Verrücktheit. 4 Fälle suchen die Unklarheit in der gegenwärtig noch des Abschlusses harrenden Classification zu vermindern.

Wilser - Carlsruhe, Die Vererbung der geistigen Eigenschaften. Beschäftigt sich vorzugsweise mit den Darwin'schen Theorien.

Landerer, N., Duboisinum sulfuricum bei psychischen Erregungszuständen der Frauen. Das Mittel wurde bei zwölf Frauen subcutan angewendet. Ein negativer Erfolg war nur in einem Falle, ein entschieden schlafmachender neben der beruhigenden Wirkung in fünf Fällen, eine vorwiegend beruhigende Wirkung in fünf Fällen. Sie trat zwischen ½ und 5 Stunden ein und betrug bis 7 Stunden, die sedative wiederholt einen ganzen Tag. Die wirksame Dosis ist individuell sehr verschieden, von 0,0005 begonnen ward bis 1 mg. Dub. gestiegen. Angewöhnung ist entschieden vorhanden. In frischen Fällen wirksamer.

Dietz, Ueber Simulation von Geistestörung. Es wird ein reiner Fall bei einem geistig Gesunden beschrieben, der nach Illenau kam. Die Simulation konnte nicht nur in allen Punkten nachgewiesen werden, sondern wurde auch von dem Exploraten schliesslich eingestanden.

Mögen solche Festschriften noch bei der nunmehr öfteren Wiederholung von Anstaltsjubiläen in Deutschland folgen! *L.*

Schmitz, A., Die Entmündigung Trunksüchtiger vom medicinischen Standpunkte. — Bonn 1892.

In einem, in der 9. Jahresversammlung des deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke zu Halle am 26. October 1892 erstatteten Referate tritt Verf. nochmals für die von ihm schon des Oefteren erörterten Sätze ein, dass die Trunksucht — was auch bereits in den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts von *Benjamin Rush*, von *Brühl-Cramer* und *Bradford* ausgesprochen wurde — eine Krankheit ist und dass Trunksüchtige behufs Heilung freiwillig oder zwangsweise in staatlich beaufsichtigte Trinkerheilanstalten aufzunehmen sind. Zur Erreichung dieses Zweckes der Heilung und im Interesse der Familien und des Staates hält er das baldige Zustandekommen eines Trunksuchtsgesetzes für dringend nothwendig, aber nicht ohne einen Paragraphen, „dass Trunksüchtige ohne vorhergegangene Entmündigung in staatlich beaufsichtigte Trinkerheilanstalten auf Grund zweier ärztlicher Atteste und der polizeilichen Genehmigung zwangsweise aufgenommen und zurückbehalten werden können".

Was nun die Entmündigung betrifft, so will Verf. eine solche erst

Digitized by Google

dann eingeleitet wissen, wenn ein Heilungsversuch des Trunksüchtigen in einer Heilanstalt ohne Resultat geblieben, der Kranke aller Voraussicht nach unheilbar ist; er fordert, dass ein Trunksüchtiger naturgemäss nicht als Verschwender, sondern als Kranker in gleicher Weise wie ein Geisteskranker entmündigt werde unter Zuziehung eines oder zweier ärztlicher Sachverständiger, und dass das Recht des Antrags auf Entmündigung den Angehörigen (Ehegatten, Eltern, Kinder, Geschwister), dem Staatsanwalt und den Verbänden, Krankenkassen etc, welche Pflichten gegen das trunksüchtige Individuum haben, zugestanden werde.

Peretti-Grafenberg.

Digitized by Google

Kleinere Mittheilungen.

Belgische Musteranstalten und der jetzige Zustand der Irrencolonien Belgiens.

Von Dr. *P. Näcke*-Hubertusburg.

Zeitgemäss und nützlich ist es, von Zeit zu Zeit seine Blicke auch auf fremdes Irrenwesen zu richten, um Vergleiche anzustellen und zu sehen, ob man zu Hause wirklich in jedem Stücke das Vollkommne erreicht oder ob man noch anderweit bereits Erzieltes anzustreben hat.

Freilich ist es schwer, immer gerecht zu sein, sine ira et studio zu urtheilen, da bekanntlich auch das Irrenwesen ein Glied des Staatsorganismus ist und man seine Entwickelung nur dann richtig zu beurtheilen in der Lage ist, wenn man jenen genau kennt. Leider ist dies zu thun den Wenigsten vergönnt, daher die oft schiefen, ungerechten Urtheile über fremde Institutionen, daher die kurzsichtigen Splitterrichter.

Kann man ferner beim Besuchen einer Anstalt wohl das äusserliche Gerippe ziemlich gut übersehen, besonders wenn der Blick durch Erfahrung und vergleichende Studien geschärft und das Auge nicht durch Vorurtheile getrübt ist, so bleibt doch der innre Geist, der darin waltet, und das ist denn doch die Hauptsache! — mehr weniger verborgen; nur ein längerer Aufenthalt, ein Mitarbeiten in der Anstalt selbst kann denselben entschleiern.

Wie Viele können sich aber dieser Aufgabe unterziehen? So muss man sich denn begnügen, sein Augenmerk mehr auf Aeusseres zu lenken — wobei dem Kundigen doch auch so Manches vom innern Getriebe der Anstalt bekannt wird — und vorsichtig Vor- und Nachtheile abzuwägen. Sein Urtheil aber wird man aus oben entwickelten Gründen stets als ein reservirtes und subjectives hinstellen. Auch so wird für den Besucher und Leser ein directer und indirecter Nutzen die Folge sein; manche Vorurtheile werden abgelegt und manches Heimathliche lernt man erst in der Fremde schätzen und lieben. Energisch ist aber die Meinung Einzelner zurückzuweisen, dass man durch den Besuch

Digitized by Google

fremder Anstalten nichts lernen könne; selbst eine kurze Besichtigung ist nicht ganz ohne Werth.

Bei meiner letzten Anwesenheit in Belgien — im August 1892 — nahm ich die Gelegenheit wahr, die mir als die interessantesten Irrenanstalten des Landes bezeichneten Einrichtungen in Mons und Tournai, sowie die Irrencolonien von Gheel und Lierneux, endlich auch eine grosse Privatirrenanstalt, die zu Uecle bei Brüssel, zu besuchen. Leider war die mir zu Gebote stehende Zeit eine sehr kurze, so dass die Besichtigung keine eingehende sein konnte; gleichwohl glaube ich doch die Hauptsachen gesehen zu haben und diese zwar um so schärfer, als ich über Alles bereits ziemlich gut durch *Tucker*'s „lunacy in many lands" (Sydney 1887) informirt war, also genau wusste, worauf es ankam, und ausserdem viele Anstalten schon gesehen habe.

Ist nun schon früher, so viel ich weiss, vor *Tucker* in Deutschland über belgische Anstalten nichts Zusammenhängendes berichtet worden, so ist auch seither nichts darin geschehen, und dies giebt mir den Muth den Fachgenossen meine anspruchslosen Beobachtungen, unter Berücksichtigung der einleitenden Worte, kurz mitzutheilen und so eine Orientirung im Allgemeinen zu ermöglichen. Ich hoffe, sie werden im Wesentlichen das Richtige treffen, manches Bemerkenswerthe enthalten und verschiedne schiefe Urtheile, auch des sonst scharfsichtigen *Tucker*'s, beseitigen helfen.

1. Mons.

Ich besuchte diese grosse Staatsirrenanstalt für Frauen, leider unter wenig günstigen Umständen, da gerade die Mitglieder des Anthropologen-Congresses zu Brüssel dieselbe besichtigten, also eine Massenführung stattfand und vielleicht doch Manches ad hoc präparirt war. Um wenigstens einigermaassen genau die Einrichtungen zu sehen, hatte ich mich mit einigen Collegen von der Menge getrennt und der Führung einer erfahrnen Schwester anvertraut, der ich z. T. die folgenden Daten und Angaben verdanke [1]).

Die Anstalt liegt ca. 20 Minuten (mit Wagen) von der Stadt entfernt, die mit dem Schnellzuge in 1 Stunde von Brüssel aus erreichbar ist. Die Gegend ist leicht wellig, fruchtbar, gesund. Den 12. Mai 1866 eröffnet und 3mal erweitert (1873, 1876 u. 1887), kam die Anstalt erst 1876 in Staatsbesitz. Ursprünglich für ca. 200 Frauen eingerichtet, ward sie durch Erweiterungen auf das 3fache vergrössert, daher erklären sich verschiedne Incongruenzen im Baue. Zur Zeit befanden sich darin ca. 550 Frauen, Arme und Pensionärinnen, ausserdem auch criminelle Frauen, die entweder direct aus dem Gefängnisse als krank zugeführt wurden oder bereits im Anklagezustande als psychisch erkrankt erkannt waren. Zur Zeit sind 12 „criminelles folles" darin.

[1]) Andre erhielt ich durch die Freundlichkeit von Dr. *Semal*.

Digitized by Google

Das Terrain — 12 ha gross — ist von einer hohen Ziegelmauer umgeben. Die lange Front des Gebäudecomplexes, ein Ziegelbau, ist meist 2 stöckig. Der Director — Dr. *Semal* — bewohnt ein eignes Haus. Eine Hälfte der Baulichkeiten ist für die Pensionäre, die andre für die Armen etc. reservirt; jede hat wieder ihre eignen Räume und Gärten für die Ruhigen, Halbruhigen, Unruhigen u. s. f. Die Corridore sind meist hell, mit Glasthüren und Stein- oder Ziegelfliesen versehen. Blumen stehen an den Fenstern, Blumentöpfe hängen von der Decke herab und Guirlanden gehen davon aus, was einen anheimelnden Eindruck macht. Die Treppen sind z. T. eng, steil und meist von Stein. Die Zimmer, hoch und gross genug, sind gut ventilirt, mit weissen Wänden und hübschem Bilderschmuck. Die Fenster sind überall, auch in den Schlafsälen, die sich im 1. Stockwerke befinden, hoch und statt in Holz sind die Glasscheiben in ein starkes Eisengerippe eingelassen, wodurch ein fester Schutz gewährt wird, ohne doch den Eindruck eines Gitters zu machen; der untere Theil des Fensters ist umzuklappen. Gardinen fehlen natürlich nicht. Ueberall ist Wasserleitung (aus der Stadt), Gas (selbst erzeugtes) und meist centrale Heizung. Die Gärten sind hübsch ausstaffirt, nicht zu gross, mit eleganten, festen Bänken z. T. versehen.

Gehen wir nun auf Einzelnes über, so ist der Möbelstücke und des Comforts überhaupt, auch bei den Armen, nur mit höchster Anerkennung zu gedenken. Dass die Pensionärinnen äusserst luxuriös wohnen, darf nicht verwundern, aber oft auch in den Tages- oder Speiseräumen der Armen finden sich schöne Volièren, auch Pflanzenschmuck. Die Tische, mit eisernen Füssen fest an den Boden befestigt, die Stühle oder die Bänke an den Wänden sind einfach, aber gefällig; hie und da giebt es schöne Schränke. Für gute Bücher und mannigfaltige Spiele ist reichlich gesorgt. Das Esszimmer ist auch bei den Armen vom Tagesraume getrennt und würdig, heiter gehalten. Die Schlafräume sind gross, luftig, mit eisernen Bettstellen, Strohsack, Wollenmatratzen und Wollendecken versehen; Alles höchst sauber. Unter jedem Bette steht ein Nachtgeschirr. Die grossen Schlafsäle enthielten 27 Betten auf 875 qm Raum. Die Aborte haben Wasser, waren reinlich und rochen nicht. Vortrefflich ist die Badeeinrichtung: 6 Zinkwannen, mit Verhängen zwischen ihnen, Fussbaderaum, eine elektrische Wanne, Douchen etc. Eine gut eingerichtete Apotheke (untersteht einer Schwester), Küche, ein schöner Festsaal mit Bühne und eine würdige Kapelle, sowie reiche Telephonleitungen vervollständigen das Ganze.

Zellen giebt es 24, zu 37 qm Grösse. Sie sind luftig, hoch, mit Oelanstrich, oben an der Wand mit ziemlich niedrigen, breiten Fenstern, nur eine befestigte eiserne Bettstelle und in einer Ecke ein Abort ohne Deckel (die Fäkalien etc. fallen in einen Behälter des Kellers) machen das Mobiliar aus. Einige Zellen waren blau angestrichen und hatten blaue Fenster, einige roth; dem Einflusse des rothen und blauen Lichtes wird aber jetzt

Digitized by Google

mit Recht keine Bedeutung mehr beigelegt; diese Zellen stammen noch von früher her. Ganz verwerflich dagegen sind 3 kleine, würflige „cachots", Dunkelzellen; 2 davon waren gepolstert (auch die Thür innen) und eine dick mit Jute garnirt; sie werden zum Glücke aber nur selten gebraucht und sind gleichfalls ein Erbstück. Dagegen ist leider der restraint noch im Schwunge. Ich sah eine ziemliche Anzahl von Kranken mit Zwangsjacken (mit fest angezogenen Armen) oder die Hände an einen Riemen um die Taille gefesselt, auch werden „entraves" d. h. Bein- oder Armfesseln gebraucht und die Patienten so eventuell völlig im Bette — auch im Bade kann dies geschehen — immobilisirt; die Bettstellen und Badewannen haben zu diesem Zwecke Löcher, um die Fesseln zu fixiren. Für die Personen, die ich restringirt sah, schien nach unsern Begriffen absolut keine Indication dazu vorzuliegen. Im Uebrigen ist aber rühmend hervorzuheben, dass die Kranken alle, besonders in ihrem saubern, gleichmässigen Sonntagskleide einen vortrefflichen Eindruck machten und selbst bei den Unruhigen kaum etwas von Unruhe zu verspüren war. Man merkt sofort, dass der hier waltende Genius trotz des herrschenden restraint, ein guter sein muss. In der That soll der Director, wie auch seine Familie, um das Wohl seiner Kranken sich sehr bemühen und beliebt sein. Für Feste und Spaziergänge ist reichlich gesorgt.

Der Dienst wird von einigen dreissig Schwestern, soeurs de charité, vorzüglich besorgt, mit 1 Oberin an der Spitze; daneben giebt es Hausmädchen und Wirthschaftspersonal. Die Schwestern werden vom Staate nicht bezahlt, haben dafür die zahlreichen Pensionäre, welche 1000—5000 Fr. jährlich bezahlen. Die höchst bezahlenden Kranken wohnen mit 1 Schwester allein, welche ihr auch ausschliesslich zur Verfügung steht.

Die Armen bezahlen täglich 1 Fr. 30 Cts., erhalten dafür eine vorzügliche Kost — fast täglich Fleisch, früh Caffee mit Milch, 2 mal Bier etc. Die Reichen leben geradezu luxuriös, haben täglich Wein, oft auch Champagner und ihr Esszimmer ist mit allem erdenklichen Luxus ausgestattet und der Esstisch vornehm ausstaffirt. Die Schlafzimmer sind comfortabel und die Holzbettstellen haben Vorhänge.

Die Beschäftigung der Armen schien eine geringe zu sein; vornehmlich Stricken, etwas Nähen, Stopfen, Gartenarbeit. Die Anstalt besitzt 1 Hühnerhof, 12 Kühe und einen grossen Gemüsegarten. Die Fleissigen erhalten ein Taschengeld.

Ausser dem Director, der ein hohes Gehalt bezieht, freie Wohnung, Heizung und Beleuchtung hat, der aber leider sehr viel abwesend sein soll, giebt es nur noch 2 Aerzte, die jedoch in der Stadt wohnen und Privatpraxis betreiben.

Ich konnte nicht finden, wie *Tucker* angiebt, dass die Räume überfüllt waren, ebenso wenig, dass es hie und da an Reinlichkeit gebrach, mit Ausnahmen vielleicht nur der Küche. — Die Bewegung in der Anstalt zeigt folgende kleine Tabelle.

Digitized by Google

Jahr	Bestand am 1. Januar	Zugang während des Jahres	Totalsumme	Zahl der Todten	Procentsatz
1883	484	172	656	46	7
1884	506	146	652	38	6
1885	511	161	672	39	6
1886	506.	147	647	54	8
1887	514	134	648	49	7
1888	498	158	656	46	7
1889	537	145	682	56	8
1890	541	154	695	56	8
1891	550	147	697	46	7

2. Tournai.

Die Stadt ist von Brüssel mit Schnellzug in $^5/_4$ Stunden erreichbar. Die Anstalt selbst — Staatsanstalt für Männer — ist ein gutes Ende von derselben entfernt und von 1881—84 auf dem Terrain der alten Citadelle erbaut, daher auf leichter Anhöhe mit hübscher Aussicht gelegen, mit langer, nach Norden gerichteter Façade in Ziegelbau in flämischem Style, aus einzelnen einstöckigen, mit einander verbundenen, schiefergedeckten Häusern bestehend. Die Flügel an den Ecken, sowie der grösste Theil der Centralpartie bestehen aus grossen, unter einander durch Corridore verbundenen soliden Baracken mit hohen Fenstern. Der Baugrund bildet ein Rechteck (incl. der Gärten) von 523:220 m; dahinter liegen eigne und gepachtete Anstaltsfelder. Die Eröffnung fand den 1. October 1883 statt[1]), doch ist noch nicht Alles ausgebaut. Am compactesten präsentirt sich auf dem Plane die Centralpartie. Rechts und links vor der Front und damit verbunden findet sich je ein eignes Haus für den Director und den „économe". Von vorn nach hinten zu finden sich Verwaltungsräume, der grosse Festsaal (unvollendet), die Küche, Bäckerei, Werkstätten, Turnhalle, das Quartier für die Gefährlichen (Criminelle oder gewöhnliche Kranke), die Krankenabtheilung, die grosse, gefällige Kapelle, Bäder mit Schwimmbassin etc., Sections- und Todtenhalle, Fleischerei und Andres. Die meisten Kranken sind rechts und links vom Centralbau untergebracht und zwar links die Armen und rechts die Pensionäre; jede dieser Hälften hat Abtheilungen für Ruhige, Halbruhige, Unruhige, Schmutzige, Reconvalescenten und Paralytiker mit eignen, grossen, freilich erst angelegten, freundlichen, mit passenden Abort- und Pissoir-Anlagen versehenen Gärten. In einem Garten der Armen sah ich sogar eine kleine Fasanerie. Zur Zeit

[1]) Die meisten Zahlen verdanke ich der mündlichen und schriftlichen Mittheilung des Dr. *Lentz*.

Digitized by Google

noch unfertig ist der grosse Festsaal, das Schwimmbassin und der ganze hydrotherapeutische Apparat etc.

Eine vortreffliche Wasserleitung liefert genügendes Wasser. Als Heizung ist die Warmwasserheizung mit Niederdruck gewählt; nicht geheizt werden die Corridore und Schlafsäle der Armen. Die künstliche Ventilation ist eine sehr ergiebige und ingeniöse. Natürlich existirt auch Telephonleitung. Gas wird selbst in der Anstalt fabricirt; die dabei verloren gehende Hitze dient zum Kochen und Braten, zum Heizen der Backöfen, zum Erwärmen des Wasch-Badewassers, endlich noch des für die Waschanstalt nöthigen Wassers. So genügt 1, höchstens 2 Mann, um den Gaserzeugungsapparat zu bedienen, Gas zu erzeugen, die Küche, Backofen und Waschanstalt zu heizen.

Der Plan und die Einrichtung der Anstalt sind grossartig, mustergültig und machen dem belgischen Staate alle Ehre. Hier ist für die Armen ein fast noch grösserer Comfort gegeben, als in Mons. Die Corridore sind luftig, breit, hell, die Treppen von Stein, die Fenster gross, wie in Mons construirt, überall mit Vorhängen versehen. Die Corridore zeigen auch hier überall Blumen; in den Zimmern — jedes hat ein Thermometer — sind oft Vogelhäuser etc. aufgestellt. Die Speiseräume sind überall von den Tagesräumen getrennt, das Mobiliar einfach, dabei fest und elegant. Die Schlafräume sind gross, luftig; die eisernen Bettstellen sind wie in Mons ausgestattet; vor jedem Bett ist eine Vorlage. Für Lectüre, Spiel, Unterhaltung ist reichlich gesorgt, die ruhigen Armen haben eigne Spiel-, Lese- und Rauchzimmer. Grossartig und mannigfaltig sind die Werkstätten eingerichtet, sehr zweckentsprechend die Küche und die Badeeinrichtungen: die Zellen[1]) sind wie in Mons.

Zur Zeit waren ca. 770 Kranke da — Pensionäre sind nur 50 da, welche 7—900 Fr. bezahlen —, darunter 190 Criminelle (criminels et delinquants de toute espèce), wovon jedoch nur 70 direct als „condamnés" aus dem Gefängnisse kamen, die übrigen schon als Angeklagte sich geisteskrank erwiesen.

Die Criminellen sind, wie auch in Mons, überall hin vertheilt und nur die Gefährlichen mit solchen gleicher Kategorie unter den gewöhnlichen Kranken in eine Abtheilung mit strengerer Ueberwachung gebracht. Natürlich fehlt es nicht an Klagen, besonders wegen Flucht, Fluchtversuchen und Gewaltakten. In den Jahren von 1886—91 waren je 2, 5, 4, 3, 5, 8 Männer entflohen bei durchschnittlich 150 Criminellen. Dagegen gab es keinen Fall von Selbstmord oder Revolte, wohl aber Complotte zum Zwecke der Flucht. Zugang, Abgang und Sterblichkeit aller Kranken zeigt folgende Tabelle:

---

[1]) Es bestehen hier: 5 cellules de force, 3 cellules ordinaires und 30 chambres d'isolement.

Digitized by Google

Jahr	Bestand am 1. Januar	Zugang	Abgang	Gestorben
1886	664	275	151	101
1887	687	239	150	71
1888	705	236	130	64
1889	747	245	129	97
1890	766	297	206	91
1891	766	296	201	79

Nur die wichtigsten Fälle werden secirt; begraben werden die Todten auf dem städtischen Friedhofe. Ein katholischer Geistlicher wohnt in der Anstalt und hat die geistlichen Functionen zu verrichten.

Das Wartpersonal besteht aus 37 „frères de charité“ und 52 Wärtern, die 20—25 Fr. monatlich erhalten, während die Brüder nicht bezahlt werden, sondern die gesammte Verpflegung und Bekleidung der Kranken in Regie genommen haben und dafür 96 Ctm. pro Kopf und Tag erhalten (der Staat erhält für den Kranken 1 Fr. 30 Ctm.). Sie sind stricte an ein Reglement gebunden und die Sache geht ganz gut. Es ist nun unglaublich, was die Brüderschaft dafür leistet: gleich bei der Aufnahme kleidet sie den Kranken vom Kopf bis zur Zehe und erhält seine Kleidung, die durchaus sauber war; sie ernährt ihn ferner reichlich und gut[1]) (die Kranken erhalten keine Messer) und pflegt ihn. Die Brüder bereiten Gas, backen gutes Brot, brauen ein gesundes Bier, schlachten selbst und müssen dabei doch auch noch leben.

Die Anstalt besitzt keine eigne Apotheke. Die Kranken sahen alle wohl und munter aus und auch hier fiel wohlthuend die grosse Ruhe auf den Stationen, besonders der der Unruhigen auf. Auch wird hinreichend für Vergnügen gesorgt; zwar werden keine Feste gegeben, da der Festsaal noch der Vollendung harrt, aber es giebt unter den Kranken einen Musikverein, der sich wöchentlich 2 mal hören lässt, ausserdem giebt es 2 mal in der Woche Spaziergänge, woran sich 50—150 Mann betheiligen. Die Arbeiter erhalten um 3 Uhr $^1/_2$ Liter Bier und ein Butterbrot, ausserdem je nach der Arbeit 25 Ctm. bis 1 Fr. die Woche Extrageld.

Neben dem Anstaltsdirector wirken noch 2 Aerzte, die aber in der Stadt wohnen und prakticiren. Der Director, Dr. *Lentz*, Verfasser eines bedeutenden Buchs über Alcoholismus, vielleicht der gelehrteste Psychiater Belgiens, verfügt über eine grosse Bibliothek und ein so grossartiges Laboratorium, im Werthe von Tausenden von Franken, wie vielleicht kaum irgendwo eine psychiatrische Universitätsklinik. Hier giebt es elektrische Apparate, selbstregistrirende Baro-, Thermo-, Hygrometer, ein vollständiger anthropometrischer Apparat, Sphygmographen, Seismometer (um die Zitterbewegungen der Paralytiker etc. zu zeichnen), Dynamometer, verschiedne

[1]) Angefügt sei hier der Speisezettel für die Armen in Tournai.

Digitized by Google

Tableau indiquant la nourriture Journalière.
(Circ. min. du 16. Juillet 1887.)

Jours	Déjouner		Diner à heures				Souper a heures			Observations
	Pain	Café au lait	Pain	Viande poisson ou jambon	Légumes	Bière	Pain	Soupe aux légumes	Bière	
Dimanche	Pain beurré 300 g	1/2 Lit.	Pain 120 g	Jambon 90 g	Soupe aux légumes pommes de terre et légumes (carottes, choux etc.)	1/2 Lit.	Pain 150 g	Pommes de terre avec pelure	1/2 Lit.	La viande est servie froide, à part.
Lundi	id.	id.	id.	Boeuf bouilli 175 g	Soupe aux légumes pommes de terre et légumes d'après saison	id.	id.	Soupe grasse (pommes de terre pois) pain 30 g	id.	La viande est servie chaude à part.
Mardi	id.	id.	id.	Hachis ou paté de viande 90 g	Soupe aux légumes pommes de terre, pois, riz ou haricots	id.	id.	Pommes de terre avec sauce	id.	La viande est servie froide.
Mercredi	id.	id.	id.	Boeuf étuvé ou carbonate 175 g	Soupe aux légumes, pommes de terre, carottes ou choux etc.	id.	id.	Soupe grasse (pommes de terre haricots) et légumes; pain, 30 g	id.	La viande est servie chaude à part.
Jeudi	id.	id.	id.	Porc ou lard 90 g, ou saucisson 100 g	Soupe aux légumes pommes de terre et légumes d'après saison	id.	id.	Pommes de terre avec pelure ou avec sauce	id.	La viande est servie à part.
Vendredi	id.	id.	id.	Morue, hareng, moules, figues, 100 g	Soupe aux légumes, pain 60 g, pommes de terre, haricots ou pois	id.	id.	Soupe au lait battu	id.	Les légumes sont servis entiers avec sauce ou étuvés.
Samedi	id.	id.	id.	Hachis ou paté de viande 90 g	Soupe aux légumes pommes de terre et légumes, carottes, choux etc.	id.	id.	Soupe grasse (riz, légumes), pain 30 g	id.	La viande est servie froide, à part.

Remarque. La quantité réglementaire de 175 g (os compris avec cuisson) est réduite à 90 g au moment d'être servie.

Digitized by Google

Mikroskope, Mikrotom etc. etc. Und dass diese Instrumente nicht blos zur Parade dastehen, zeigen die aufgenommenen Curven, die eingebetteten Gehirnabschnitte etc. Dr. *Lentz* nimmt von jedem Aufgenommenen einen sehr genauen Status auf und macht dabei genaue anthropologische und -metrische Erhebungen, was natürlich viel Zeit wegnimmt. Dabei legt er noch eine mineralogische Sammlung der Umgegend an, ist der einzige Arzt in der Anstalt selbst, hat sonstige Geschäfte aller Art und findet trotzdem noch Zeit zu gelehrten Arbeiten! Wahrlich ein ebenso vielseitiger und gelehrter, als ein höchst liebenswürdiger College!

Ich wüsste keine Anstalt zu nennen, die mir einen so bedeutenden Eindruck hinterlassen hätte und ich würde sie eine vollkommne nennen, bestände nicht auch hier z. Z. noch das restraint, doch ich sah nur 1 Kamisol, aber mehrere Kranke mit den Händen an einen Leibgürtel befestigt.

3. Uecle.

Diese Privatanstalt, in einem grossen, an Brüssel angrenzendem Dorfe, hat ausser einem Verwaltungs-Oberbeamten, Director genannt, einen Chefarzt, Dr. *Geffon*, der in Brüssel wohnt und einen in der Anstalt selbst befindlichen Hausarzt. Das Anstaltsterrain beträgt fast vier Hektare; der Gebäudecomplex hat nach der Strasse zu eine lange, glatte Front von zwei Stockwerken. Die Kranken, welche als Minimum 125 Fr. monatlich zahlen und ca. 100 an Zahl betragen (Männer und Frauen), sind in Ruhige, Halbruhige, Unruhige, Schmutzige etc. getheilt und jede Abtheilung hat Ess-, Tagraum und Schlafsäle und einen eignen Hof oder Garten. Die Corridore sind oft sehr lang, einige nicht besonders hell, die Treppen steil und aus Holz, die Zimmer entsprechend gross, doch für Privatkranke nicht besonders opulent eingerichtet, die Möbel oft zu dicht aneinanderstehend, nicht immer zu einander passend und die Wandbilder meist miserabel. Die Reinlichkeit liess Manches zu wünschen übrig, die Aborte rochen zum Theil (Senkgruben). Die Zellen hatten Holzwände; es existirte auch eine „blaue" Zelle, ausserdem drei kleine, mit hohen Mauern umgebene Tobhöfe für je eine Person. Gasbeleuchtung, Ofen- und Centralheizung, Restraint existirt auch hier.

Im Allgemeinen möchte ich diese Anstalt nicht gerade als Muster für Privatanstalten hinstellen.

Bevor wir nun zu den Irrencolonieen selbst übergehen, wird es gut sein, einige Vor- und Nachtheile der von uns gesehenen Anstalten, soweit sie schon bei einem kurzen Besuche in die Augen fielen, anzudeuten. Rühmend will ich zunächst hervorheben, dass das kleine Land Belgien quantitativ in so ausgiebiger Weise für seine Kranken sorgte, wie kaum ein andres Land. *Tucker* (1887) hat allein dort dreizehn Anstalten (incl. Gheel) besucht; es waren theils Privat-, theils Staatsanstalten, theils solche von Geistlichen gegründet und geleitet, darunter einige sehr grosse und

Digitized by Google

seiner Beschreibung nach sehr wenig empfehlenswerthe Institute. Jedenfalls bleiben Mons und Tournai die „standard-institutions".

Als nachahmenswerthe Vortheile der belgischen Anstalten überhaupt und der gesehenen im besondern möchte ich nun folgende bezeichnen:

1. Eine ausgezeichnete Aufsicht des Staats und der Laien über sämmtliche Anstalten, so dass dort Klagen, dass ein Geistiggesunder eingesperrt werde, fast unmöglich sind und dadurch das Misstrauen gegen die Aerzte vermindert wird. Der Gouverneur der Provinz besucht nämlich einmal jährlich die Anstalt, der Bürgermeister des Orts zweimal, der Staatsanwalt (procureur du roi) viermal[1]) und die Irreninspectoren mehrmals. Die Ueberwachung ausserdem geschieht bei den Staatsanstalten Mons und Tournai durch ein Laien-Comité von fünf Mitgliedern, die allmonatlich einmal in der Anstalt zusammenkommen und durch ein Mitglied dieselbe inspiciren lassen. Diese lobenswerthe Aufsicht zeigt sich weiterhin auch darin, dass an verschiedenen Orten der Anstalt Briefkästen angebracht sind, worin die Kranken ihre Beschwerden schriftlich niederlegen können; nur der Staatsanwalt darf die Kästen öffnen. So wächst auch das Vertrauen der Kranken zum Staat und zu den Aerzten und das System hat sich gut bewährt.

2. Der ausserordentliche Comfort auch der Armen in Mons und Tournai, wie wir ihn leider kaum kennen. Besonders sind die vielen Blumen und zahlreichen Volièren mit Freuden zu begrüssen.

3. Die gute und reichliche Kost; vielleicht könnte sie etwas mannichfaltiger sein und das Vorenthalten von Messern ist im Allgemeinen nicht gut.

4. Die eigne Gasbereitung, besonders aber wenn damit zugleich, wie in Tournai, die Küche, der Backofen, die Waschanstalt etc. kostenlos geheizt werden kann.

5. Die eigne Brauerei und Fleischerei arbeitet in Tournai billig und gut. Es verlohnt sich dies also sehr viel in grösseren Anstalten einzuführen.

6. Das Regie-System in Tournai hat sich gut bewährt; es erspart dem Staate viel Geld, Mühe und Beamten, ebenso dem Director kostbare Zeit, hat aber bekanntlich oft Nachtheile gehabt. Hier aber geht es sehr gut, was theils an der Qualität der Brüder, theils am guten Reglement liegen mag.

7. Die eingeführten eisernen Bettstellen mit ihren weichen Wollmatratzen und Decken; der Strohsack ist mit Haferhülsen gefüllt, was viel weicher ist, als unser Stroh. Ferner das zugehörige Nachtgeschirr und die Bettvorlage.

8. Thermometer fehlen in keinem Zimmer in Tournai.

---

[1]) Der Staatsanwalt muss alle die seit seiner letzten Visite eingelieferten Kranken sehn und sprechen.

Digitized by Google

9. Schlafzimmer und Zellen haben an der Thür den Kubikraum bezeichnet, auch die Zahl der Betten.

10. Die schönen, completten Badeeinrichtungen. Namentlich verspricht Tournai darin ein wahres Muster zu werden mit seinem grossen Schwimmbassin, hydrotherapeutischen Apparat etc.

11. wird die Niederdruck-Warmwasserheizung in Tournai sehr gelobt, als bestes System hingestellt.

12. Das reiche Laboratorium in Tournai.

Als Nachtheile dagegen will ich folgende nennen;

1. Der Wärterdienst wird in Mons ganz von geistlichen Schwestern, in Tournai theilweis von Brüdern besorgt. Sie thun dies, wie gesagt wurde, vortrefflich, doch kann der Director sie im Falle ungenügender Leistung etc. nicht einfach wegjagen; seine Klagen gehen durch den Obern. Es ist klar, dass er dadurch über dieselben keine solche Gewalt hat, wie es im Interesse des Ganzen gefordert wird. Die Güte und Stabilität des Materials ist dagegen von hohem Werthe. In den Anstalten, welche die Geistlichen überhaupt ins Leben gerufen haben und leiten — und deren gibt es eine Reihe — soll der Arzt oft nur das fünfte Rad am Wagen abgeben und selbst bei sehr grossen Anstalten wohnt oft nicht einmal ein Arzt im Hause selbst! Wie mächtig die Geistlichkeit in Belgien auch in Irrenfragen ist, geht aus folgender Thatsache hervor. Als der Staat für die Wallonen ein Gheel erbauen wollte und bei den einzelnen Provinzen anfrug, wer es selbständig unternehmen wollte, lehnten es alle, bis auf die Provinz Lüttich ab, weil Niemand ohne Hilfe der Geistlichkeit eine solche Colonie ins Leben zu rufen sich getraute! Leider soll aber auch der zweite Krebsschaden Belgiens, die leidige Politik, in Irrensachen ein Wörtlein mitreden, wofür mir mehrere Beispiele erzählt wurden. Selbstverständlich sollte eine Irrenanstalt nur einem Arzte, nicht aber geistlicher Leitung unterstehen.

2. Verschiedene Anstalten, so auch Mons und Tournai sind zu gross, um noch ordentlich übersehen zu werden.

3. Es sind zu wenig Aerzte da und sie wohnen meist nicht in der Anstalt und betreiben eifrig die Praxis. In den grossen Anstalten zu Mons und Tournai wohnte nur ein Arzt — der Director — im Hause, der ausserdem oft abwesend ist!

4. Das Wartpersonal ist an Zahl und Qualität ungenügend; letzteres gilt aber meist nicht von den Brüdern und Schwestern. Die Wärter etc. sind so schlecht bezahlt, dass effectiv nur minderwerthiges Material erlangt werden kann. Das ist wohl für manche Psychiater auch ein Grund, noch am Restraint festzuhalten, den sie sonst vielleicht im Prinzipe verwerfen.

5. Das Bestehen des Zwangs, sogar in der grausamen Form des Fesselns am Bette.

6. Sind nirgends Stechuhren da, also eine genaue Controlle unmöglich.

7. Sind Corridore und Treppen oft zu eng, letztere zu steil.

Digitized by Google

8. Kennt man keine Göttinger Anzüge und die Betteinrichtungen für Schmutzige sind ungenügend, Köhler'sche Betten sind unbekannt.

9. In Mons schien mir für Arbeit nicht genug gesorgt zu sein; in Tournai war es besser.

10. Eigentliche, regelmässige Anstaltsberichte fehlen gänzlich.

11. In Tournai — und Mons — werden nicht alle Todten secirt, was bei den wenigen Aerzten nur zu natürlich ist.

12. Die Criminellen machen viel zu schaffen, ihre Zahl ist zu gross.

Bei längerem Verweilen und Arbeiten in den Anstalten würde man noch sicher weitere Vor- und Nachtheile constatiren können, besonders aber in der körperlichen und geistigen Behandlung der Kranken, die dem flüchtigen Besucher natürlich meist verborgen bleibt.

4. Gheel.

Es ist bereits so viel über diese berühmte Irrencolonie (kolonie van krankzinnigen) geschrieben worden, dass wir uns auf einfache Wiederholungen nicht einlassen wollen. Die vor 21 Jahren erschienene, ausführliche Arbeit *Köhler*'s (D. Zeitschr. 27. Bd. p. 144 ff.) ist noch jetzt sehr lesenswerth; ausserdem hat *Tucker* 1887 hierüber eingehend, allerdings nicht unpartheiisch, berichtet.

Gheel — 1887 hatte der Hauptort ca. 5000 Einwohner — in 1 Stunde von Antwerpen auf der Linie nach Roermond gelegen, mitten in der sogenannten Campine, einem relativ wenig, aber durchaus nicht unfruchtbaren Landstriche, hat einen fruchtbaren, moorigen, feuchten Boden und eine sehr intelligente und ruhige vlämische Bevölkerung. Mit den umliegenden „hameaux" bedeckt es eine Fläche von 10853 Hectaren, hat eine grösste Länge von 18120 und grösste Breite von 13612 Metern, einen Umfang von 12 St. 10 Minuten (5000 m die Stunde gerechnet), von dem Schelde-Maas-Canal und der Nethe begrenzt, und besitzt 12026 Seelen, die 1850 Kranken aber nicht mitgerechnet [1]). Das Hauptdorf — Eisenbahnstation — hat zwei gute Gasthöfe, sieht äusserst stattlich und schmuck aus, hat meist einstöckige propre Häuser, saubre, breite Strassen, die ganz oder nur theilweis gepflastert sind. Cafés d. h. Kneipen sind mir im Gegensatze zu *Tucker* nicht auffallend zahlreich erschienen. Magazine sind nur wenige vorhanden, weil Handel und Industrie fehlen, daher auch das Leben ein stilles ist. Ausser der grossen, schönen Pfarrkirche, besteht noch die stattliche neue gothische Dymphnakirche (die Vlamen sagen: „Dimpna") mit anstossendem kleinem, altem Hause, welches die berüchtigte „ziehenkamer" enthält, bestehend aus einer Art grossen Küche mit Herd und anstossender kleiner Kammer mit Thür und vergitterten Fensterchen, wo die Kranken im Bett oder nahe dem Herde gefesselt während 9 oder 18 Tagen mit Exoreismus,

[1]) Die Zahlen verdanke ich meist der Güte des Herrn Dr. *Peeters*.

Digitized by Google

Gebet und Reliquien bearbeitet und angeblich so geheilt wurden. Die letzte Procedur soll vor 3 Jahren stattgefunden haben.

Am Ende der Hauptstrasse steht die „infirmerie" d. h. die Centralanstalt, mit Flügeln und Adnexen hübsch aus Backsteinen 1859 erbaut, 2 stöckig, mit Risaliten. Alle Räume waren sauber zweckentsprechend eingerichtet, mit Calorifèren versehen, im Allgemeinen ähnlich wie in Mons und Tournai. Die Corridore und Treppen schienen mir etwas eng, die Gärten zu klein, doch ist nicht zu vergessen, dass der Aufenthalt nur meist ein vorübergehender ist, daher auch für Unterhaltung und Arbeit weniger gesorgt zu sein schien. Jeder Neuaufgenommene wird nämlich hier 5 Tage lang beobachtet und dann erst an den nourricier abgegeben; Selbstmordsüchtige, Tobsüchtige und Sitophoben bleiben länger hier, ebenso eventuell die körperlich Kranken der Colonie oder diejenigen, mit denen es im Freien aus irgend einem Grunde nicht mehr geht. Die specielle Krankenabtheilung war leer, durchschnittlich sind in der infirmerie 25 Frauen und 30 Männer, doch können bis zu 80, ja 90 Personen aufgenommen werden. Die 5 Zellen, Badeeinrichtungen, die Kapellen etc. bieten nichts Besonderes dar. Schwestern pflegen die kranken Frauen. Der Director — Dr. *Peeters* — hat eine schöne Wohnung und 8000 Fr. Gehalt; ausser ihm fungiren für die Colonie 4 Aerzte (jeder hat seinen besonderen Bezirk): 2 Oberärzte (zu je 6000 Fr. Gehalt) und 2 Hilfsärzte (3—4000 Fr.), welche im Hauptorte selbst wohnen und keine Privatpraxis haben dürfen, was sehr wichtig ist. Bisher galt noch das Restraint, doch hat Dr. *Peeters* dasselbe soeben offiziell abgeschafft und ist somit wohl der erste belgische Psychiater, der es thut; fortan sollen für gewisse Fälle nur lederne Handschuhe getragen werden. Der Director steht überhaupt auf der Höhe der Situation; neben der nöthigen Energie hat er weite Gesichtspunkte und hat eine Reihe von Verbesserungen bereits eingeführt. Während z. B. bisher die Colonisten selten ein ganzes Bad und zwar in der infirmerie einnahmen, lässt er jetzt in allen einzelnen hameaux Bäder errichten, damit die Reinigung oft und ohne Umstände geschehen kann. Auch hat er für die Unterbringung der Kranken selbst, die Verbesserung der hygieinischen Verhältnisse Vieles direct und indirect gethan.

Zur Gemeinde Gheel gehören nun 16 „hameaux" mit eignen Namen, einige davon ziemlich weit entfernt, worin Kranke untergebracht sind und zwar zur Zeit 1850 Männer und Frauen, dann ein sehr grosser Theil im Hauptorte selbst, wo auch die Pensionäre meist wohnen. Am 1. Jan. 1892 bestand der Gesammtcoetus aus 895 Frauen und 937 Männer, darunter wenig zahlreiche heilbare Fälle: alle chronischen Krankeitsformen sind vertreten, stark die Paralyse (am 1. Jan. 1892: 24 Frauen und 49 Männer) und Idioten und Schwachsinnige incl. Epilepsie (248 Frauen und 344 Männer). Geheilt wurden von den Zugängen durchschnittlich 20—27 pCt. und die Todesziffer ist eine günstige: 1889: 6,2 pCt., 1890: 5,4 pCt. und 1891: 9,4 pCt.

Digitized by Google

(wegen der Influenza). Die verschiedenen Kategorien sind nicht mehr wie früher mehr an besondere Orte angehäuft, sondern werden pêle-mêle untergebracht.

Der älteste Aufseher Gheel's, ein erfahrener, aufgeklärter Mann war mein Cicerone und ihm verdanke ich manche Angaben. Leider war meine Zeit eine sehr beschränkte, so dass ich nur ca. 25—30 Kranke in ihren Häuslichkeiten aufsuchen konnte und zwar in Gheel selbst, theils in einem nahen hameau, der mir als besonders ärmlich geschildert worden war. Die Verhältnisse waren aber so ziemlich überall dieselben und der Aufseher versicherte mich, dass es in den andern hameaux genau so aussähe, zum Theil sogar bessere Wohnungen etc. angetroffen wurden, wie z. B. in der jetzt sehr fruchtbar gewordnen, früher öden Winkelomshaide. Nur eine einzige vornehme Wohnung für 3 Pensionäre sah ich, die völlig standesgemäss verpflegt wurden.

Ein grosser Theil der Wirthsleute, nourriciers genannt, sind Eigenthümer, andre Pächter; die grössten Besitzer haben bis zu 30 Hektaren Landes, die Meisten haben kaum 10 Hektare, einige sogar nur 2 und 3 Hektare. Es handelt sich also meist um kleine Besitzer, mit 1 oder mehreren Küchen; Pferde sind sehr wenige da. Die Ernte stand ausgezeichnet und vom unfruchtbaren Boden Gheel's zu sprechen ist ein Unsinn. Die meist niedrigen hüttenartigen Häuser, ärmlichen Anstrichs, sind aus Ziegeln oder Lehm erbaut und meist mit Stroh gedeckt. Man tritt sofort in das Wohnzimmer ein, wo auch gekocht wird, entweder in kleinen cylindrischen eisernen Oefen, oder noch recht oft auf offnem Heerde mit Kessel und Kette darüber. Geheizt wird mit Torf. Eine Thüre führt zu ebner Erde in die mit Steinfliesen oder Ziegeln gepflasterte Kammer der Kranken; dieselbe ist rechtwinklig, meist 10 Fuss lang, 9 Fuss hoch und 6 Fuss tief (*Köhler*), weiss getüncht, mit einem nicht sehr grossen, vergitterten Fenster versehen; unten am Fussboden ist ein Loch zum Wasserablauf. Das einfache Mobiliar besteht aus einem Bettgestell aus Holz, Strohsack und Decke, einem Stuhle, selten einem Tische und eventuell Haken an den Wänden für die Kleidung.

Zur Zeit waren nirgends Anzeichen von Feuchtigkeit vorhanden, doch sollen viele alte Häuser, wie mir Dr. *Peeters* schrieb, feucht sein, diese verschwinden aber mehr und mehr und Rheumatismen und Pleuritiden sind selbst im Winter selten, wie überhaupt der Winter kein allzustrenger zu sein pflegt. Nicht blos waren fast sämmtliche „Kamerkens" der Kranken, die ich sah, sauber, reinlich, sondern dies gilt auch von der Wohnstube und der Kleidung der Wirthsleute und ihren Kindern; man sah letztere nicht zerrissen herumlaufen. Aber auch die Kranken gingen proper und waren im Wohnraume oder draussen mit verschiednen Hausarbeiten beschäftigt oder gingen in ihren Holzpantoffeln spazieren. Alle sahen wohlgenährt und heiter aus, klagten auch nicht und schon ein Blick genügte, um zu zeigen, dass sie wie ein Mitglied der Familie gehalten wurden.

Digitized by Google

Hilflose, Schwache sassen in einer Art Lehnstuhl nahe dem Herde und wurden von den Kindern gekämmt, Andre angezogen. Die Kinder gewöhnen sich gleich von klein auf an Krankenpflege, werden selbst durch epileptische Krämpfe ihres Kranken nicht erschreckt, lernen bald ihn zu unterstützen, wenn er zu fallen droht etc. Rührend sind die Frauen besonders als Kindermädchen und dadurch wird das Band mit der Familie natürlich noch enger. Jetzt bekommt der nourricier meist nur 1 Kranken, doch hatten Manche noch 2 und zwar erhält er pro Tag für einen Ruhigen und Reinlichen 0,85 Cts, für einen Unruhigen oder Halbunreinen 0,95 und für Schmutzige 1,21 Cts. Die Pensionäre zahlen 400—6000 Fr. jährlich, durchschnittlich aber 800—2000 Fr. Die Kranken, welche arbeiten, erhalten von ihrem Wirthe 40 Cts bis 1 Fr. wöchentlich, ausserdem Tabak. Der Kranke geht eventuell mit seinem Wirthe des Sonntags in den Krug oder auch allein; Missbrauch der Alcoholica geschieht sehr selten. Die Kleidung erhält er von der Anstalt.

Die Kranken betheiligen sich an den Festen, den Kirmessen etc.; die bessere Klasse verkehrt in Privatgesellschaften, kurz an Vergnügen mancherlei Art fehlt es nicht. Die Kost ist je nach dem Wohlstande des nourriciers natürlich eine etwas verschiedene, im Ganzen aber reichlich; gutes Schwarz- und Weissbrod wird gegeben; gewöhnlich giebt es vier Mahlzeiten: früh Caffee mit Butterbrot, mittags Suppe mit Gemüse und Schweinefleisch oder Speck, um 4 Uhr Caffee mit Butterbrot und abends Kartoffeln mit Milchspeise etc. Bier wird wenig getrunken. Alle Kranken sahen wohlgenährt aus.

Der ärztliche Dienst gestaltet sich folgendermaassen. Der Sectionsarzt hat die heilbaren Fälle wenigstens wöchentlich einmal, die Unheilbaren monatlich einmal, in Krankheitsfällen etc., so oft es nöthig erscheint, zu besuchen. Der Director muss wenigstens 2 mal im Jahre alle Kranken sehen, die Aufseher „gardes de section“ 2 mal im Monat, die Verwaltungs-Mitglieder endlich einmal im Jahre. Es sind 8 Sectionsaufseher da, mit 800—1200 Fr. Gehalt, ohne Wohnung oder freie Station, weshalb sie zugleich nourriciers sind. Jeder Besuch wird in ein Büchelchen eingetragen, das der nourricier in seiner Wohnung hat.

5. Lierneux.

In Gheel machte sich mit der Zeit der Umstand geltend, dass die Wallonen unter den Vlämen sich verlassen fühlten, deshalb ward 1884 nach dem Vorbilde Jenes Lierneux als Irrencolonie für Wallonen von der Provinz Lüttich eingerichtet. Das grosse, stattliche Dorf liegt ca. 450 m über dem Meere und 10 km von der Station Vielsalm (auf der Route Verviers-Spa-Luxemburg gelegen) entfernt, in der fruchtbarsten Gegend der Ardennen, in lieblicher bergiger Gegend mit viel Wald und hat mit verschiednen Orten, insbesondere mit Vielsalm, Postverbindung und soll demnächst auch Eisenbahnstation werden.

Digitized by Google

Die Gemeinde Lierneux besteht ausser dem Hauptorte noch aus 22 „hameaux“ und umfasst mit diesen ein Gebiet von 6325 ha. Die Häuser bestehen fast durchweg aus Stein mit Schieferdach, haben beinahe sämmtlich noch 1 Stockwerk und machen einen viel behäbigeren Eindruck, als die in Gheel. Im Hauptorte selbst sind einige villenartige Gebäude: der Ort ist still und weniger geschlossen gebaut, als Gheel, hat auch weniger Kneipen. Handel und Industrie fehlen gänzlich. Am Ende des Orts liegt die neu erbaute Infirmerie, die aber noch nicht völlig ausgebaut ist. Ihr Zweck ist derselbe, wie in Gheel. Es ist ein einstöckiges, steinernes, schiefergedecktes Gebäude von 15 Fenster Front, Eckvorsprüngen und einem Mittelrisalit; von der Mitte nach hinten geht ein langer, barackenartiger Bau, welchen ein kleines, niedriges Quergebäude abschliesst. Eine Mauer umschliesst das Anstaltsgebiet. Die Höfe für die Kranken sind leidlich gross, aber bisher noch schattenlos. Die Anstalt kann ca. 50 Personen fassen; z. Z. waren aber nur wenige darin. Im Hauptgebäude wohnen an den Ecken der Arzt (médécin-inspecteur) und der Verwaltungsdirector; in der Mitte sind unten die Bureaux, oben Krankenzimmer. Die Corridore sind überall eng, z. T. dunkel, mit Steinfliesen, die Thüren z. T. zu eng. Die Säle sind hoch, gut ventilirt, weiss getüncht, kahl oder mit wenigen schlechten Bildern geschmückt. Die Zimmereinrichtungen, die Schlafsäle, die Fenster etc., sind ähnlich wie in Gheel, Tournai etc., doch mit weniger Luxus. Die Aborte sind zwar mit Wasser versehen, doch ging die Einrichtung schlecht. 5 Zellen, einige einfache Bäder, Ofenheizung. Auch hier leider restraint. Die Infirmerie in Gheel ist besser eingerichtet, doch wird es unter dem eben ernannten, neuen Arzte, Dr. *Depéron*, sicher bald besser werden. Er ist der einzige Arzt der Colonie und bezieht neben freier Wohnung etc. ein Gehalt von 2500 Fr.; er betreibt auch Privatpraxis.

Am 30. Juni h. a. hatte die Colonie einen Bestand von 314 Personen (Männer und Frauen), darunter nur 7 Pensionäre. Auch hier sind alle möglichen Kranke da, wenige Heilbare, auch Paralytiker und Epileptiker. Der Arzt muss die Unheilbaren wenigstens 1 mal monatlich, die Heilbaren etc. öfter sehen; um alle Kranken in den Ortschaften aufzusuchen, braucht er 10 Tage. Es giebt 4 gardes de sections, Aufseher, die ihre Kranken 2—3 mal wöchentlich besuchen müssen, den Besuch in einem Büchlein der nourriciers eintragen (wie auch der Arzt) und täglich früh dem Arzte Rapport bringen. Die Leute, welche Kranke aufnehmen wollen, melden sich beim Doctor, der ihre Verhältnisse genau prüft und sie dem Comité vorschlägt. Mehr als ein Kranker wird nicht an eine Familie abgegeben; auch Wittwen können solche aufnehmen. Die Gemeinde bezahlt für ihren Kranken an die Colonie 1 Fr. 30 Cts., wovon der nourricier 1 Fr. erhält, für Schmutzige und Epileptische aber mehr. Die Pensionäre zahlen als niedrigsten Satz 1,50—2,50 Fr. täglich, können aber, je nach den Ansprüchen, bis zu 5000 Fr. jährlich geben. Es ward darüber geklagt, dass nur wenig gut Zahlende herkommen, da solche lieber nach Gheel gehen, weil dort

Digitized by Google

für vornehme Quartiere und mehr Vergnügen gesorgt ist. Dr. *Depéron*, ein noch junger Mann von gesunden Ansichten, sucht diesem Uebelstande — wie auch noch manchen andern — möglichst abzuhelfen und schon werden bessere Häuser gebaut und sollen Vereine gegründet und eine Bibliothek für die Kranken angeschafft werden.

Mit ihm besuchte ich eine Reihe von Colonisten in Lierneux selbst und in mehreren hameaux. Fast überall waren die Verhältnisse gleich. Im Allgemeinen steigt man vom Wohnraume, der zugleich einen eleganten, cylindrischen Küchenofen (Torf) enthält — sehr selten ist noch offner Herd mit Kessel und Kette zu finden — auf einer engen steilen Holztreppe, die einer Hühnerstiege ähnelt, zum 1. Stockwerke empor. Hier ist durch eine Bretterwand ein Theil für die Kranken als Kammer abgetrennt, meist tapezirt, oder, wenn zu ebner Erde, weiss getüncht. Der Raum ist meist genügend gross, ohne Ofen, ohne Fehlboden, gewöhnlich an einer Wand abgeschrägt. Darin findet sich eine Holzbettstelle (bisweilen nur ein rohes Brettergefüge) mit Haferstrohkissen, Betttuch, Deckbett, Nachtgeschirr, 1 Stuhl und Haken an den Wänden; selten ist ein Tisch da. Bett- und Leibwäsche wird wöchentlich gewechselt; die Kleider liefert die Anstalt; monatlich einmal nehmen die Kranken in der Infirmerie ein Bad. Die Schlafkammer ist gewöhnlich der beste Schlafraum im Hause; das Fenster ist grösstentheils vergittert, doch will der Arzt nach und nach die Gitter entfernen lassen, wo nicht dafür besondere Gründe vorliegen, für gewisse Kranke eiserne Bettstellen liefern und überall Gardinen anbringen lassen, wo es noch nicht geschehen ist. Schon jetzt sind auf sein Eingreifen hin überall Vorlagen vor das Bett gelegt und meist auch kleine, billge Bildchen an die Wand befestigt. Die Kammer war fast durchweg sauber; früh um 8 Uhr muss das Bett gemacht sein. Die Kranken sind im Hause, im Garten etc. beschäftigt oder gehen spazieren. Alle sehen gesund und zufrieden aus und waren sauber gekleidet. Die Kost ist eine gute, reichliche, wie Dr. *Depéron* sagte, besser als in Gheel, was aber Dr. *Peeters* bestritt. Es wird besonders auf Fleisch, Milch und Eier der Nachdruck gelegt; Bier wird wenig getrunken. Fleisch wird mindestens 1 mal wöchentlich gegeben (Schweinefleisch), viel Kartoffeln und Caffee, oft giebt es 5—7 Mahlzeiten am Tage. Gutes Schwarzbrot (seigle), seltner Weizenbrot ist vorhanden, gute ungesalzne Butter, wenig Käse dagegen Quark. Das Reglement schreibt vor: die Woche wenigstens 3,5 kg Weizenbrot oder Mengkorn und 1 kg Fleisch. Natürlich lässt sich dasselbe nicht überall stricte durchsetzen.

Die Bewohner der Gemeinde machen einen wohlhabenderen Eindruck als in Gheel, die Häuser sind grösser, es giebt mehr Vieh, Pferde sind häufiger und hie und da findet man wirkliche Bauerngüter. Feld und Garten sind in blühendem Zustande, die Strassen überall vorzüglich, besser als in Gheel, wo die einzelnen hameaux oft nur mit einem 2rädrigen Karren erreichbar sind. Selbst die kleinste Ortschaft hat eine eigne Schule.

Digitized by Google

Die Leute erscheinen intelligent, gutmüthig, reinlich, höflich und sollen wie auch die Geistlichen und Lehrer, die Entwicklung der Colonie mit Interesse verfolgen. Der Arzt ist für jeden Kranken stets auch in der Infirmerie zu sprechen; dort wird auch die Medicin verabreicht, dort ist auch der Kirchhof. Entweichungen kommen öfters vor, besonders in letzter Zeit; Unglücksfälle sind in den 8 Jahren des Bestehens der Colonie nur 2 mal verzeichnet, Schwängerungen kamen nie vor. Im Hauptort sind auch Einzelne in Kneipen untergebracht, ohne dass davon ein Schaden zu beobachten gewesen wäre.

Zum Schlusse seien uns noch einige Bemerkungen über das familiale System in Gheel und Lierneux gestattet, um so mehr, als hierüber die Meinungen der Ausländer z. T. weit auseinandergehen und selbst so milde Beurtheiler, wie *Köhler*, zählen eine ganze Reihe von Schattenseiten auf, die z. B. noch heute bestehen, doch ist, wie man aus einer Vergleichung unsrer Beschreibuug mit der von *Köhler* sieht, bereits vieles zur Besserung geschehen. Am schlimmsten ist aber Gheel offenbar bei *Tucker* weggekommen. Hier sind seine eignen Worte: „I have visited some hundreds of Lunatic Asylum's . . . . . and in the worst of them. I have seen some cheerful faces. At Gheel I did not see a single one, and . . . . . the dreary aspect of the town and entire country is incompatible with cheerfalness of spirits in any mortal not endowed with the Tapleyian gift of being happy under the most adverse circumstances. In a ward, Gheel is an abode of desolation — a lingering survinal of remote and barbarous ages — a moustrewsity of the nineteenth century and a humiliating reproach to our modern civilisation." Man vergesse hierbei aber nicht, dass *Tucker* Engländer (Australier) ist und zur ungünstigsten Jahreszeit, an einem hässlichen Decembertage, die Colonie sah. Zu dieser Zeit sieht es auch bei uns auf den Dörfern und Dorfstrassen traurig genug aus und selbst in unsern Anstalten erscheinen dann auch die Säle und Menschen oft trüb und langweilig. Dass der Hauptort keine brillante Beleuchtung hat, ist nicht schwerwiegend, dass er aber sonst freundlich und reinlich ist, wird man zugeben müssen. Der Winter ist nach Dr. *Peeters* — entgegen der Angabe *Tucker*'s — durchaus nicht abnorm kalt und wenn der Engländer mit den Häusern und der Kost unzufrieden ist, so hat er von seinem Standpunkte aus nicht Unrecht. Viel gerechter in Allem ist der bei *Tucker* abgedruckte Bericht von *Hack Tuke* (1885).

Zunächst handelt es sich um Entlastung der überfüllten Anstalten. Das vlämische Belgien ist meist flach, langweilig, die ärmeren Ortschaften von denen in der Campine wohl kaum verschieden, das äussere und innere Leben der Armen wohl überall ähnlich. Die Kranken in Gheel und Lierneux finden meist dieselben Verhältnisse vor, wie zu Hause, ja zum Theil sogar bessere, da ihnen z. B. sehr oft der beste Schlafraum angewiesen wird und sie eine saubre Einrichtung finden, die sie nicht immer

Digitized by Google

kannten. Sie leben ferner Alle in voller Freiheit — und das ist das punctum saliens — mitten in der Familie; wenn man auch zugeben muss, dass ein grosser Theil der Blöden oder Siechen dieselbe nicht oder nur theilweis zu würdigen und auszunutzen versteht, so thut es doch der grösste Theil und weiss es wohl zu schätzen. Beweis dafür ist, dass es für Alle der grösste Schlag ist, wenn sie aus irgend einem Grunde in die Hauptanstalt zurückkehren müssen. Aehnliches sehen wir ja auch bei unsern landwirthschaftlichen Colonien. Die Kranken leben ganz in und mit der Familie, sind zu keiner Arbeit gezwungen, werden gewiss nur selten damit überbürdet, sind meist von Liebe und Verständniss umgeben, und nicht am wenigsten trägt die Kinderschaar des Wirths dazu bei, ihnen das Familienleben lieb zu machen, besonders den Frauen. Letztere sind die besten und treuesten Kindermädchen im Hause, und nie geschah bisher den Kleinen auch nur das Geringste. Oft genug sah ich sie mit Liebe und Eifer ihrer Aufgabe sich hingebend. Die Wirthe selbst sind nicht nur gutmüthig, intelligent, sondern sie verstehen offenbar sehr gut mit den Kranken umzugehen und betrachten sie auch in Allem als Solche. Schon die Kinder lernen von klein auf, sie zu pflegen und zu lieben. Freud und Leid theilen die Kranken mit ihrem nourricier, und ein gegenseitiger Eifer macht sich geltend, wer dieselben am besten verpflegt und behandelt; darin liegt schon, dass die Beaufsichtigung im Allgemeinen keine schlechte ist, und grobe Vernachlässigung wird mit Entziehung des Kranken bestraft. Man vergleiche damit das Loos unserer Patienten in den Staatsanstalten. Mögen sie hier besser gebettet und vielleicht auch ernährt sein, die Sehnsucht nach der Freiheit, nach der Familie — dies gilt besonders für die Frauen — bleibt ihnen ungestillt. Sie würden sicher, und das mit vollem Rechte, glaube ich, ein bescheidenes Loos, aber ein freies, wie in Gheel, vorziehen, und dass dort jeder seine eigne Kammer hat, ist gewiss Vielen sehr werthvoll. Müssen doch sogar in unsern landwirthschaftlichen Colonien die Kranken zu mehreren meist, oft zu Vielen, zusammenschlafen! Im Gegensatze zu *Tucker* sah ich nie ein saures Gesicht und hörte keine Klagen. Auch die Kleidung und die Nahrung, landesüblich, sind durchaus genügend. Dass die Kost nicht überall gleich ist, verschlägt wenig, ebenso die nicht heizbaren, oft feuchten Schlafkammern, woran sie ja meist von Kindheit an gewöhnt sind. Auf die geringe Todesziffer und die Morbidität in Gheel war schon früher hingewiesen. Gute Kost und Wohnung sind ja nicht zu unterschätzen, haben aber doch, besonders für chronische Psychosen nur secundären Heilwerth; ich könnte Anstalten nennen, die nach dieser Richtung hin viel zu wünschen übrig lassen und doch ungefähr dieselben Heil- und Besserungs-Resultate erzielen als sogenannte Musteranstalten. Dass für die Schwachen und Siechen — welche übrigens sicher besser gepflegt werden als adäquate körperlich Kranke bei unsern Bauern — die Kost nicht so differenzirt wird, wie in Anstalten, ist zwar bedauerlich, aber doch nicht immer stricte nöthig.

Digitized by Google

Sie sehen gut aus, freuen sich noch, wenn sie nicht ganz verblödet sind, dem Treiben der Familie zuzusehen, und der Beweis ist erbracht, dass ruhige Paralytiker, wenn sie nicht erregt sind, ebenso gewisse Epileptiker — ich sah Einen mit 8 Anfällen pro die! — recht gut auch familial verpflegt werden können, was man bei uns freilich nicht zugeben will.

Wichtig ist die Frage des restraint. Ich selbst sah davon nichts in Gheel, doch wurde es gewiss in manchen Fällen geübt; dies kann abgestellt werden und soll von jetzt auch in Gheel in Wegfall kommen. — Wenn mit Emphase oft die psychische Therapie in Anstalten gepriesen wird, so ist zu erwägen, dass 1. davon in grossen Anstalten relativ wenig zu sehen ist; ein inniges Zusammenleben der Aerzte und ihrer Familien mit den Kranken bleibt meist theoretisch und der Verkehr mit oft rohen Wärtern und andern Kranken trägt nicht immer zur innern Hebung bei: 2. Dass ihr Werth bei secundären Psychosen doch sehr übertrieben wird. Jedenfalls wird die psychische Therapie viel praktischer bei den nourriciers getrieben, als bei uns. Endlich sind Entweichungen nicht besonders häufig: die meisten Entflohenen werden zurückgebracht. 1891 sind in Gheel 6 entwichen (ausserdem Fluchtversuche); sehr oft ist es ein blosses Verlaufen. Unglücksfälle sind sehr selten, und seit Januar 1888 ist kein Fall von Schwängerung vorgekommen; auch ist Trunkenheit selten, trotzdem Manche in den Kneipen logiren und ruhig trinken können, wenn sie wollen. Die Trinker kennt man genau, und ein Kneipier wird sich im Allgemeinen hüten, ihn in seinem Laster zu unterstützen.

Als wirkliche Nachtheile der erwähnten Irrencolonien, die sich aber grösstentheils beseitigen lassen, möchte ich folgende hervorheben:

1. Die Zahl der Aerzte und Aufsichtsbeamten ist eine zu kleine, um genügend alle Kranken im Auge zu behalten. Noch zur Noth geht es, da es sich meist um chronische Fälle handelt, und manche derartige Patienten, die in einer deutschen Familie untergebracht sind, sehen den Arzt noch viel seltner oder gar nicht.

2. Aerzte und Aufseher müssen so bezahlt werden, dass sie keinen Nebenerwerb nöthig haben.

3. Schärfer, als es bis jetzt vielleicht geschieht, muss darauf gesehen werden, dass nicht unpassende Kranke in die Familien kommen. Schwache, Kranke, die ein besonderes Régime verlangen, sollten nicht dort sein. Die Unterbringung bei Kneipiers halte ich für bedenklich.

4. Sollte kein nourricier mehr als einen Kranken haben, was schon in Lierneux eingeführt ist, schon der Beaufsichtigung halber.

5. Es ist in Gheel anzustreben, die Kranken möglichst im 1. Stockwerke, wie es meist in Lierneux geschieht, unterzubringen; freilich müssten die Häuser darnach gebaut, resp. umgebaut werden. Auf einen grössern Raum, bessre Einrichtung, einen Ofen darin etc. möchte ich weniger Gewicht legen. Hier ist in Lierneux besonders viel geschehen. Die Gitter an den Fenstern könnten meist wegbleiben, überall sollten eiserne Bettstellen

Digitized by Google

und Bettvorlagen eingeführt werden. Ueberall sollte endlich das offne Herdfeuer mit Kessel und Kette in Wegfall kommen (dies meist schon in Lierneux), da der Wohnraum dadurch verräuchert wird und die dort sitzenden Kranken z. T. sehr belästigt werden. In Lierneux sah ich unter diesen Umständen z. B. eine Epileptica mit starker Conjunctivitis behaftet.

6. Mehr Beschäftigung und Zerstreuung für die Kranken ist zu erstreben. Viele sind gänzlich unthätig und Lectüre fehlt ganz.

7. Selbstverständlich ist das restraint aufzugeben und streng zu controlliren, dass hierin von den nourriciers nicht irgendwie gesündigt werde.

Man sieht also, es sind nicht allzuviele Anklagepunkte. Mit dem Systeme bin ich aber im Principe völlig einverstanden und ziehe es sogar unsern landwirthschaftlichen Colonien vor, wo zwar die Kranken gewiss besser beaufsichtigt werden und den restraint nicht kennen, auch mehr zu verschiedenartiger Arbeit angehalten werden, manche Vergnügungen voraus haben, auch meist bessre hygieinische etc. Verhältnisse geniessen, dafür aber oft zusammengepfercht wie in Kasernen leben, kein Familienleben kennen und vor Allem gewiss keine bessern Resultate erzielen als dort. Würden die oben berührten Schattenseiten beseitigt, so könnte man kaum ein bessres System, als jenes, ersinnen. Leider liegen dazu aber die Verhältnisse fast überall, speciell bei uns, sehr ungünstig.

Es wird zunächst schon schwer fallen einen grössern Strich Landes mit zahlreich zerstreuten, nicht zu weit entfernten, kleinen „hameaux", ausfindig zu machen, wie die Gemeinden von Gheel und Lierneux. Sodann müssten es nur kleine Besitzer oder Pächter, keine Bauern sein, also Leute, die einen Nebenverdienst durch Krankenpflege sehr gut brauchen können. Vor allem aber ist es nöthig, dass die Bewohner gutmüthig, anstellig, intelligent und sauber sind, wie dort. Diese 3 Hauptbedingungen wird man aber gewiss schwer vereinigt finden. Wünschenswerth aber nicht durchaus nöthig erscheint es, dass an den Grenzen Wald (Lierneux) oder ein Gürtel von relativ weniger fruchtbaren Bodens (Gheel) gegen etwaige Entweichungen existire. Falsch ist es dagegen, wenn man sagt, das System passe wohl für Gheel, weil es dort seit uralter Zeit existire und den Leuten in Fleisch und Blut übergegangen sei, was bei uns seine grossen Schwierigkeiten haben würde. Dieser Einwand wird dadurch hinfällig, dass Lierneux erst seit 8 Jahren eine Irrencolonie besitzt, die Leute dort anfangs sogar sehr dagegen agitirten, jetzt aber nicht nur total dafür eingenommen sind — so dass stets mehr Leute zu nourriciers sich anmelden, als befriedigt werden können — sondern in dieser so kurzen Zeit vorzügliche Wärter und Krankenpfleger geworden sind. Wenn endlich ein Anonymus in den Philadelphia medical Times, 26. August 1882 (*Tucker*, p. 758) sagt: „... from statements of inhabitants of Gheel it is only a question of time, when this system will have to be given up. In the country they are miserably taken care of; and in town, where men and women go about unaccompanied

Digitized by Google

results easly anticipated occur..." so ist die 1. Behauptung irrig, die 2., wie wir sahen, sehr übertrieben. 1871 hatte Gheel ca. 1100 Kranke (*Köhler*), heute hat es über 1800, vor 8 Jahren begann Lierneux mit nur wenig Kranken und heute sind es deren ca. 350, und die Colonie wird zweifelsohne noch bedeutend wachsen und manche Mängel mehr und mehr ablegen. Das System ist also durchaus lebenskräftig und weitrer Entwicklung und Verbesserung zugänglich.

Ich erkläre also das System von Gheel, wenn es von den anhaftenden Fehlern möglichst gereinigt wird — und dies liegt wohl in der Breite der Möglichkeit — für das beste und billigste System der Unterbringung mehr weniger harmloser, chronisch geisteskranker Personen, auch gewisse Paralytiker und Epileptiker nicht ausgeschlossen. Auch manche Arten heilbarer Formen würden diese Art der Verpflegung vertragen. Da dies System aber leider aus oben dargelegten Gründen bei uns wohl undurchführbar ist und auch die sog. Familienpflege sich nicht recht einbürgern will und dafür bei den Leuten, vielen Aerzten und Behörden kein rechtes Verständniss zu finden ist, so müssen z. Z. für den grössten Theil, besonders den arbeitsfähigen unter den aufgezählten Kranken, unsre landwirthschaftlichen Colonien noch als die beste Lösung dieser schwierigen Frage gelten.

Aus Westpreussen. — Der 16. westpreussische Landtag hat in seiner Sitzung vom 24. Februar cr. den Ankauf des 1300 Morgen grossen Rittergutes Konradstein bei Preuss. Stargardt zwecks Errichtung einer dritten Provinzial-Irrenanstalt, die auf 1000 Kranke berechnet ist, genehmigt. Der Bau soll so beschleunigt werden, dass im Herbst 1895 die ersten Kranken dahin überführt werden können. Obwohl das Gut selbständiger Amtsbezirk ist, die städtischen Behörden Stargardts also steuerlichen Nutzen von Angestellten und Kranken nicht ziehen können, hat doch die Stadt Stargardt 36000 M., der Kreis Stargardt 12000 M. sowie Ueberlassung eines Chausseehauses zugebilligt. Das Gut kostet 260000 M. mit allem todtem und lebenden Inventar. Die Lage desselben ist äusserst vortheilhaft, mitten in der Provinz Westpreussen an der Ostbahn und von allen Seiten leicht zu erreichen, die Entfernung nach dem Bahnhof Pr. Stargardt beträgt ca. 1 km, und zur Stadt Stargardt 1,5 km.

Ungewöhnlicher Tod eines idiotischen Kindes. — In Folge eines Unglücksfalls seltenerer Art, der physiologisch, forensisch und für die Pflege Geistes- und Nervenkranker von Interesse sein dürfte, starb am 11. December v. J. der Pflegling L. Sch. der Idiotenanstalt zu Langenhagen. Derselbe, 9 Jahre alt, war seit 1¾ Jahren in der Anstalt und hatte,

Digitized by Google

obwohl geistig auf einer tiefen Stufe stehend, auch völlig sprachlos, doch in mancher Beziehung Fortschritte gemacht, z. B. allein gehen und essen gelernt.

Am Morgen des genannten Tages fiel derselbe beim ersten aus Milch und Brot bestehenden Frühstück, das er stehend einnahm, zu Boden, ohne dass die dabei stehende Wärterin vorher das geringste Zeichen von Unwohlsein bei ihm bemerkt hatte. Der nach etwa 10 Minuten hinzukommende Arzt constatirte den eingetretenen Tod. Todeskampf irgend welcher Art war nicht bemerkt, speciell keine Erscheinungen, welche auf eine Verlegung der Luftröhre gedeutet hätten. Das Gesicht zeigte keine Spur von Cyanose. Die Section ergab, dass der Pharynxraum völlig von einem weichen, gut durchgekauten, Speisebrei ausgefüllt war; in nach unten abnehmender Menge wurden bis tief in die Bronchien hinein Speisetheile gefunden, ohne dass jedoch unterhalb der Epiglottis irgendwo ein obturirender Pfropf vorhanden war. Lungen und Gehirn waren mässig, die Abdominalorgane ausserordentlich hyperämisch. Das Herz gut contrahirt und leer.

Der Verunglückte hat demnach anscheinend fortdauernd gekaut, ohne zu schlucken und ohne inzwischen einen Athemzug zu thun, bevor nicht durch die vollständige Verlegung der Pharynxhöhle das Eindringen von Luft in den Kehlkopf ganz unmöglich wurde. Der ganze Vorgang ist wohl nur dadurch zu erklären, dass die Reflexerregbarkeit in diesem Fall ganz ausserordentlich herabgesetzt war, so dass das Stadium der Reizung der Medulla oblongata fast augenblicklich durch die eintretende Lähmung abgelöst wurde. Dass im Gehirn, in den Lungen und in der Gesichtshaut ein so geringer Grad von Hyperämie gefunden wurde, ist wohl dem Umstand zuzuschreiben, dass angestrengte Athmungsversuche dem Tode nicht vorangegangen sind. Dr. *Peters.*

Aus Oesterreich. — Bei uns sind die Ansichten über den für die Irrenpflege so wichtigen Punkt der Versorgung geisteskranker Verbrecher sehr getheilt; man könnte sagen, quod capita tot sensus. Und doch ist die Vermengung wirklich geisteskranker Verbrecher mit andern Geisteskranken eigentlich noch das geringere Uebel. Einen viel grösseren Nachtheil erblicke ich in der modernen Sucht, ethisch Depravirte unter einem pathologischen Gesichtswinkel aufzufassen und in Irrenanstalten zu sperren. Was wird heute mit dem Begriffe Moral insanity nicht für ein Missbrauch getrieben! Ein ganzes Arsenal von Waffen wird hervorgeholt, um damit ein recht prägnantes Krankheitsbild zu schmieden. Heredität und Degenerationszeichen spielen natürlich die Hauptrolle. Oft genügen impulsive Gewaltacte oder irgend welche vasomotorische oder neurotische Störungen, und die Psychose ist fertig. Und erst die Epilepsie, oder wenn die es nicht ist, die sog. epileptischen Aequivalente! Ich habe gerade den Fall im Auge, von dem ich Ihnen neulich schrieb (Attentat auf den dirig. Arzt).

Digitized by Google

Jener „Patient“ war ein vorher mehrmals abgestraftes Individuum, zur Schlechtigkeit so zu sagen geboren. Bei der Gerichtsverhandlung warf er dem Richter das Tintenfass an den Kopf. Er wurde, wenn ich nicht irre, zu 4 Jahren Kerker verurtheilt. In der Strafhaft soll er epileptische Anfälle erlitten haben, Grund genug, um ihn der humanen Irrenpflege zu übergeben! Er wanderte von einer Irrenanstalt zur andern, benahm sich überall äusserst brutal und excessiv, wenn seine Prätensionen nicht befriedigt wurden; epileptische Anfälle finde ich jedoch in keiner Krankengeschichte verzeichnet. In Ybbs war er über 2 Jahre, kein einziger Anfall. Ich selbst beobachtete ihn 7 Monate, keine Spur eines Anfalles, ergo hat er die Anfälle in der Strafhaft höchst wahrscheinlich simulirt, um in eine bessre Pflege zu kommen. Noch mehr! Derselbe Mensch, der sich früher absolut keine Hemmungen auferlegte, der in der excessivsten Weise reagirte, sobald man seinen Wünschen entgegentrat, derselbe Mensch wurde sanft und fügsam, als ich ihm eröffnete, dass ich kein Bedenken tragen werde, ihn geheilt zu entlassen, wenn er mir durch eine bestimmte Zeit den Beweis geliefert haben würde, dass er sich correct und ruhig zu verhalten im Stande sei. Er gab mir darauf sein Wort und hielt es sehr gewissenhaft. Der Mensch war wie umgewechselt. Er benahm sich musterhaft, mit Ausnahme dessen, dass er die Wärter fleissig denuncirte. Wenn ihn ein Kranker insultirte oder schimpfte, ertrug er es mit überlegenem Lächeln und meinte, das ist ja ein Kranker. Nach 7monatlicher Beobachtung entliess ich ihn als geheilt, da ich absolut nichts Krankhaftes an ihm entdecken konnte. Sein nächster Wunsch nach Freiheit und einer Gelduntersttzung war erfüllt. Mehr wollte er nicht. In der Freiheit verjubelte er das Geld, und als er damit fertig war, provocirte er einen Trunkexcess, um neuerdings in die sehr billige und angenehme Verpflegung einer Irrenanstalt zu gelangen, denn in anstrengender und ehrlicher Arbeit sein Brot zu verdienen, fiel ihm gar nicht ein. Er wurde in die Wiener Irrenanstalt aufgenommen, die ihn ihrerseits, um den lästigen Patron abzuschütteln, in die Klosterneuburger Anstalt transferirte.

Warum entlassen die Directoren nicht solche Individuen? Ja warum nicht? Antwort wie oben: quod capita tot sensus. In Allem und Jedem wird ein Krankheitssymptom entdeckt. Aufregungszustand, Röthung des Gesichtes oder nur einer Gesichtshälfte, urticariaartiger Ausschlag dabei ... genügt vollständig, ein neuer Irrsinnsfall, nur in die Irrenanstalt mit ihm! Das ist ein wundes Capitel der Psychiatrie! (Correspondenz.) *T.*

Unfall in der Irrenanstalt zu Kiew. — Am 22. Oct./4. Nov. 1891 ermordete der Kranke Tich den an demselben Tage aufgenommenen Gont. Abends war zwischen diesen beiden Irren ein Streit entstanden, welcher augenscheinlich ohne weitere Folgen geschlichtet worden war. Scheinbar ausgesöhnt und ruhig gingen beide zu Bett; früh begaben sie sich

Digitized by Google

zusammen mit anderen Kranken in den Garten, von wo Gont in das Zimmer ging und sich in sein Bett legte. Nach einiger Zeit trat der Arzt an das Bett des Gont und fand denselben todt. Bei der Besichtigung der Leiche fanden sich mehrere Wunden am Kopfe und alle Rippen der rechten Seite gebrochen. Tich sagt selbst, den G. ermordet zu haben, weil er ihm widersprochen. T. ist ehemaliger Student der Kiewschen Universität und schon seit 5 Jahren in der Anstalt. Während dieser langen Zeit soll er sich immer durch impulsives Handeln bemerkbar gemacht und nie den geringsten Widerspruch erduldet haben. Dem Morde gegenüber verhält er sich vollkommen gleichgültig und passiv. (Ztschr. Kiewlanin vom J. 1891 No. 208.) Dr. *A. v. R.*

Nekrolog *Langwagen.* — Am 9. Juni 1892 starb nach nur kurzem Krankenlager der Director der königl. sächs. Irrenpflegeanstalt zu Colditz, Medicinalrath Dr. *Louis Hermann Langwagen*, 63 Jahre alt.

Als Sohn eines praktischen Arztes in Oelsnitz i. V. geboren, erhielt er seinen ersten Unterricht im elterlichen Hause und besuchte dann das Gymnasium zu Plauen, wo er bereits im Jahre 1847 das Maturitätsexamen bestand. In demselben Jahre bezog er die Universität zu Leipzig und widmete sich, den Traditionen seines Hauses getreu, dem Studium der Medicin. Durch widrige Verhältnisse gezwungen, musste er mehrfach sein Studium auf längere oder kürzere Zeit unterbrechen und konnte deshalb erst im Jahre 1856 die Doctorwürde erlangen. Sofort nach seiner Promotion trat er als Assistenzarzt in das Georgenhospital zu Leipzig ein und erwarb sich in dieser Stellung unter der Leitung von *Clarus* die ersten praktischen und theoretischen Kenntnisse in der Psychiatrie. Schon damals erwachte in ihm der Wunsch, sich diesem Specialfache dauernd zu widmen, weshalb er mehrfach in den nahe gelegenen staatlichen Irrenanstalten Colditz und Hubertusburg hospitirte, sich auch um die erledigte Assistentenstelle in Colditz bewarb. Bevor jedoch über seinen Eintritt in den Staatsdienst Entschliessung gefasst war, erhielt er auf Empfehlung seines Gönners *Clarus* das Anerbieten, den russischen Oberst von Baryschnikoff zunächst nach Alerino, um dort ein Hospital einzurichten, und dann über Moskau und Petersburg nach Deutschland zurück zu begleiten. Er zögerte nicht, dieses Anerbieten, das ihm neben pekuniären Vortheilen auch mannichfache Gelegenheit zur Erweiterung seiner Kenntnisse und Anschauungen bot, anzunehmen. Schon nach einem halben Jahre kehrte er zurück, nachdem ihm inzwischen die neubegründete Assistentenstelle an den vereinigten Landesanstalten zu Hubertusburg übertragen worden war. Am 12. Januar 1861 trat er in den Dienst der Landesanstalten ein, denen er 32 Jahre hindurch mit grosser Treue, Gewissenhaftigkeit und äusserster Selbstlosigkeit gedient hat. Er war bis 1871 in Hubertusburg, von da bis 1874 in Sonnenstein und darnach in Colditz. Hier wurde er am 1. April 1885 zum

Digitized by Google

Director ernannt und durch Verleihung des Titels „Medicinalrath“ ausgezeichnet. Viel und schwer hat der Verstorbene, der gern heiter und zu Scherzen geneigt war, durch körperliches Kranksein zu tragen gehabt, doch nie liebte er es, die Sorge für sein körperliches Wohl voranzustellen und seinen Collegen einen Einblick in sein Befinden zu gestatten, so lange es nicht dringend nothwendig war. So traf sein Tod seine Freunde unvorbereitet. Have pia anima! *Felgner.*

Verein zum Austausche der Anstaltsberichte[1]).

Dem Verein sind ferner beigetreten:
die Priv.-Pflege-Anstalt zu Freiburg in Schlesien,
die 2. Mährische Landes-Irrenanstalt zu Sternberg, Mähren,
die Heil- und Pflegeanstalt für Gemüthskranke, Asyl Neufriedheim bei München.

Der 12. Congress für innere Medicin

vom 12.—15. April 1893 zu Wiesbaden bringt am 14. April cr. „Die traumatischen Neurosen“ zur Discussion. Das Referat haben die Prof. *Strümpell* und *Wernicke* übernommen.

Einladung zum Internationalen Congress of Charities, Correction and Philanthropy

zu Chicago am 12.—18. Juni 1893. Die 4. Section hat zum Inhalt „*The* Commitment, Detention, Care and Treatment of the Insane“. Der Vorsitzende dieser Section, Dr. *G. Alder Blumer*, Director des „Utica State Hospital, Utica, N.-Y.“ ladet zu dem Besuche derselben ein und bittet die der Einladung folgenden deutschen Collegen, ihm dies anzuzeigen, resp. Vorträge einzusenden. Die Verhandlungen geschehen in englischer Sprache; Schriftstücke werden in jeder anderen angenommen.

XI. Internationaler medic. Congress

zu Rom vom 24. September—1. October 1893 unter dem Vorsitzenden: Prof. *G. Baccelli*-Rom, dem Generalsecretair: Prof. *L. Maragliano*-Genua und Schatzmeister: Prof. *L. Pagliani*-Rom. Unter den 18 Sectionen ist die 7. für Psychiatrie, Neurologie und criminelle Anthropologie bestimmt; Beitrag 20 M. Vorträge sind bis spätestens 30. Juni 1893 anzumelden,

[1]) Vergl. Ztschr. Bd. 32 S. 80, Bd. 33 S. 34, Bd. 39 S. 339 u. S. 839, Bd. 41 S. 475 u. S. 735, Bd. 42 S. 185, Bd. 44 S. 328, Bd. 45 S. 490 u. S. 628, Bd. 46 S. 137, Bd. 48 S. 255 u. S. 547. — Listen des Vereins sind bei Unterzeichnetem zu haben. *Laehr.*

Digitized by Google

Auszug und Schlussfolgerungen derselben bis 31. Juli 1892 einzusenden. Zeitdauer des Vortrages 15 Minuten, die der Discussion 5 Minuten. Officielle Sprachen: italienisch, französisch, deutsch, englisch.

Die französische elektro-therapeutische Gesellschaft

hat beschlossen, Freitag und Samstag der Osterwoche 1893 ihre jährliche Ausstellung zum ersten Male abzuhalten und zwar im „Laboratoire de physique de la Faculté de Médecine", Paris, Organisationsausschuss: *P. Gariel*, Dr. *Tripiet*, Dr. *Gautier*, Dr. *Vogt*, *Gaiffe*. Auskunft giebt: Dr. *Vogt*, 28, rue Saint-Lazare, Paris.

Personal-Nachrichten.

Dr. *J. Peretti*, Director der Prov.-Irrenanst. zu Merzig, ist zum Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Grafenberg,

Dr. *Heinr. Sterz*, früh. Dir. der Tyrolischen Landes-Irrenanst. Pergine bei Trient, jetzt Dir. der neuerbauten Irrenanst. zu Sternberg, ist zum Dir. der 1. Mährischen Irrenanst. zu Brünn,

Dr. *Const. Schubert*, Primararzt der 1. Landes-Irrenanst. zu Brünn zum Dir. der 2. Landes-Irrenanst. zu Sternberg,

Dr. *G. Lehmann*, Oberarzt der Heilanst. Sonnenstein, zum Dir. der neuerbauten Sächs. Irrenanst. zu Untergöltsch bei Rodewisch i. V.,

Dr. *Alfr. Dluhosch*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Neustadt, Westpr., zum Dir. der Irrenpflegeanst. zu Kosten, Prov. Posen,

Dr. *W. Fabricius*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Andernach zum Dir. der Prov.-Irrenanst. Merzig ernannt worden.

Dr. *Ernst Rehm*, Oberarzt der Kreisirrenanst. zu München hat die Direction der Heil- u. Pflegeanst. f. Gemüthskranke Neufriedheim bei München übernommen.

Dr. *Sigm. Kornfeld*, Ass. der 1. psych. Klinik ist zum Primararzt der Landes-Irrenanst. zu Brünn,

Dr. *Fr. Meschede*, Prof. u. Dir. des Allg. Krankenhauses zu Königsberg i. Pr. zum Dir. der psych. Klinik daselbst,

Dr. *Fr. Tuczek*, Prof. u. 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Marburg, zum Med.-Rath u. Mitglied des Med. Coll. der Provinz Hessen-Nassau,

Dr. *W. v. Speyer*, Privatdoc. u. Dir. der Cantons-Irrenanst. Waldau bei Bern, zum Prof. extr. der Psych. zu Bern,

Dr. *Th. Ziehen*, Privatdoc. u. 2. Arzt der Irrenanst. zu Jena zum Prof. extr. daselbst ernannt.

Dr. *O. Klinke*, Ass. der Prov.-Irrenanst. zu Leubus, zum Oberarzt der Irrenpflegeanst. zu Tost, Oberschl.,

Digitized by Google

Dr. *G. Rabbas*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Lauenburg i. P., zum 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Neustadt, Westpr.,

Dr. *H. Haardt*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. „Rittergut Altscherbitz" ist zum Oberarzt,

Dr. *R. Taubner*, Ass. an der Prov.-Irrenanst. zu Neustadt i. Westpr., ist zum 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Allenberg,

Dr. *Pr. Brie*, Ass. der Prov.-Irrenanst. zu Bonn zum 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Andernach ernannt worden.

Dr. *Hub. Grashey*, Dir. der Kreisirrenanst., Prof. u. Dir. der psych. Klinik an der Univ. zu München hat den Charakter als Obermedicinalrath,

Dr. *L. Meyer*, Geh. Med.-R., Prof. u. Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Göttingen, den rothen Adlerorden 3. Cl. mit der Schleife erhalten.

Dr. *Joh. Scharf*, Dir. u. Primararzt der Mähr. Landes-Irrenanst. zu Brünn ist September 1892,

Dr. *Ortleb*, früh. Dir. der 1872 aufgehobenen öffentlichen, dann der 1891 aufgelösten Privatanst. zu Gotha, im hohen Alter,

Dr. *Rud. Fr. Fetscherin*, Dir. der Heilanst. La Metairie bei Nyon nach kurzer Krankheit am 17. October 1892 im Alter von 60 J.,

Dr. *C. Silomon*, Kreisphysikus in Norden u. Mitarbeiter der Zeitschr., ist Nov. 1892,

Dr. *Aug. Eickholt*, Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Grafenberg, am 15. Jan. 1893 nach kurzem schweren Leiden gestorben.

Digitized by Google

Verzeichniss der Mitarbeiter.

Redaction.

Dr. Hub. Grashey, Ober-Med.-R., Prof. d. Psych. u. Dir. d. Kreisirrenanst. zu München.

Dr. R. Freiherr von Krafft-Ebing, Professor der Psychiatrie u. Director der 1. psychiatrischen Klinik an der Universität Wien.

Dr. K. Pelman, Geh. M.-R., Prof. d. Psych. u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Bonn.

Dr. F. Schuchardt, Med.-Rath u. Dir. der Heil- u. Pflegeanst. Sachsenberg bei Schwerin (Meckl.).

Dr. H. Schüle, Geh. Rath u. Dir. der Heil- und Pflegeanst. Illenau bei Achern in Baden.

Dr. H. Laehr, Geh. San.-Rath u. Prof. zu Berlin W.-Zehlendorf.

Herausgeber und Mitarbeiter.

Herr Dr. A. H. Alter, San.-R. u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Leubus (Schles.).
- - van Andel, Generalinspector der Niederländischen Irren u. Irrenanstalten in Leiden (Holland).
- - R. Arndt, Prof. d. Psych. u. Dir. d. psych. Klinik zu Greifswald.
- - L. Ascher zu Berlin.
- - F. Ast, Med.-R. u. emer. Dir. d. Heil- u. Pflegeanst. b. Schussenried (Württemberg).
- - J. Bartels, dir. Arzt der Priv.-Heilanst. zu Kaiserswerth a. Rh.
- - O. Berkhan, San.-Rath in Braunschweig.
- - L. Besser, fr. Dir. d. Privat-Irrenanstalt zu Pützchen bei Bonn.
- - Bikeles, Assist. d. psych. Klinik zu Wien.
- - O. Binswanger, Prof. u. Dir. d. psychiatr. Klinik zu Jena.
- - A. Bothe, Assist. d. Prov.-Pflegeanst. zu Tost, Schles.
- - S. Doedes Breuning, Dir. u. Chefarzt der Heil- u. Plegeanstalt Medemblick in Holland.
- - M. Brosius, Dir. d. Priv.-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.
- - A. Brückner, San.-Rath u. Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Kreutzburg (Schlesien).
- - L. Bruns, Arzt für Nervenkranke zu Hannover.
- - A. Bumm, Prof. d. Psych. u. Dir. d. Kreis-Irrenanstalt zu Erlangen.

Digitized by Google

Herr Dr. G. Burckhardt, Dir. d. Irrenanstalt Préfargier (Schweiz).
- - A. Christoph in Wiesbaden.
- - O. Claus, Med.-Rath u. em. Dir. d. Heil- u. Pflegeanstalt Sachsenberg, zu Weissenfels.
- - H. Cramer, Geh. Med.-R., Prof. d. Psych. u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Marburg.
- - A. Cramer, Oberarzt an der Prov.-Irrenanst. zu Eberswalde.
- - O. Dees, 1. Assist. a. d. Kreis-Irrenanst. zu Gabersee (Oberbayern).
- - Max Dessoir in Berlin.
- - K. Dietz, Assistent der Heil- u. Pflegeanst. Illenau.
- - K. Dittmar, Dir. der Reichs-Irrenanstalt zu Saargemünd (Lothr.).
- - O. Domrich, Geh.-Rath und Leibarzt zu Meiningen.
- - O. Dornblüth, Dir. der Prov.-Idiotenanst. zu Freiburg, Schles.
- - L. Edinger zu Frankfurt a. M.
- - H. Emminghaus, Prof. a. d. Universität zu Freiburg i. B.
- - H. Engelken, Dir. der Privat-Irrenanst. Rockwinkel (Bremen).
- - Erhardt, Prof. der gerichtl. Medicin zu Kiew.
- - A. Faaser, Stadtarzt zu Stuttgart.
- - Ph. Felgner, Med.-R. u. Dir. der Irrenanstalt zu Colditz.
- - M. Finkelnburg, Geh. Reg.-Rath u. Prof. in Godesberg b. Bonn.
- - Fr. Fischer, Dir. d. Heil- u. Pflegeanstalt zu Pforzheim (Baden).
- - A. Focke, pract. Arzt in Coblenz.
- - Forel, Prof. u. Dir. der Irrenanstalt Burghölzli bei Zürich.
- - M. Fränkel, San.-Rath u. emer. Dir. der Irrenanstalt zu Bernburg, in Dessau.
- - C. Frank, Ass.-Arzt an der Prov.-Irrenanst. zu Düren.
- - K. Fröhlich, Ober-Stabsarzt in Metz.
- - K. Fürstner, Prof. u. Dir. d. psych. Klinik a. d. Univers. Strassburg.
- - Gauster, Reg.-R. u. Dir. der n.-ö. Landesirrenanst. zu Wien.
- - Fr. Gerlach, 2. Arzt der Heil- u. Pflegeanst. zu Königslutter.
- - W. Gerstäcker, Stabsarzt zu Berlin.
- - Er. Gerstenberg, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Hildesheim.
- - H. Gock, Director der Prov.-Irrenanstalt zu Landsberg a. W.
- - M. Goldstein, dir. Arzt d. Privatheilanstalt Gr. Lichterfelde.
- - Fr. Graf, Assistent an d. Kreis-Irrenanst. Werneck, Bayern.
- - L. Greppin, 2. Arzt der Irrenanst. in Basel.
- - Hans Gudden, Assist. der psych. Klinik zu Berlin.
- - P. Guder, Kreisphysikus des Kreises Wittgenstein.
- - Th. Güntz in Wiesbaden.
- - A. Gutsch, Geh. Med.-Rath zu Karlsruhe.
- - A. Guttstadt, Prof. u. Dez. im Kgl. stat. Bureau in Berlin.
- - Fr. Haase, 2. Arzt der Irrenanstalt in Niedermarsberg.
- - P. Hasse, Med.-Rath u. Dir. der Irrenanstalt zu Königslutter.
- - O. Hebold, Oberarzt der Prov.-Irrenanstalt zu Sorau.

Digitized by Google

Herr Dr. E. Hecker, Dir. der Kuranst. für Nervenleidende zu Johannisberg (Nassau).
- - Alf. Hellwig, San.-Rath, Primararzt u. Dir. der Schlesischen Landes-Irrenanst. zu Troppau.
- - H. Henningsen, San.-Rath u. Arzt an d. Irrenanst. zu Schleswig.
- - R. Hertz, San.-Rath zu Bonn.
- - Fr. Heyden, Dir. der Privatheilanst. zu Endenich bei Bonn.
- - E. Hjertström, Prof. u. Oberarzt der Irrenanst. zu Hernösand (Schweden).
- - E. Hoestermann, dir. Arzt der Wasserheilanst. Mariaberg a. Rh.
- - K. Ideler, Geh. San.-Rath zu Wiesbaden.
- - G. Ilberg, Assist. der psych. Klinik zu Heidelberg.
- - M. Jastrowitz, Dir. der Priv.-Heilanstalt in Steglitz.
- - W. Jessen, Med.-Rath u. Dir. d. Priv.-Irrenanstalt zu Hornheim bei Kiel.
- - J. Jörger, Assistenzarzt in St. Pirminsberg, Schweiz.
- - Fr. Jolly, Geh. Med.-Rath u. Prof. der Neurol. u. Psych., Dir. der psych. Klinik zu Berlin.
- - Kaes, Assist. der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.
- - L. Kahlbaum, Dir. d. Priv.-Heilanst. zu Görlitz.
- - F. Karrer, Dir. der Kreis-Irrenanstalt zu Klingenmünster.
- - E. Kessler, Med.-Rath u. Dir. d. Irrenanst. zu Blankenhain in Thür.
- - Th. Kirchhoff, Docent, Assist. an der Irrenanst. zu Schleswig.
- - L. Kirn, Professor an der Univ. zu Freiburg (Baden).
- - O. Klinke, Oberarzt der Pflegeanstalt zu Tost.
- - E. Knecht, Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Ueckermünde.
- - C. Knorr, Assist. der Prov.-Irrenanstalt zu Marburg.
- - A. Koch, Dir. d. Landesirrenanst. zu Zwiefalten (Württemberg).
- - H. Koeberlin, Oberarzt der Kreis-Irrenanst. zu Erlangen.
- - A. Köhler, Ober-Med.-Rath u. em. Dir. der Irrenpflegeanst. zu Hubertusburg, in Mügeln bei Oschatz.
- - P. Kollmann, Grossh. Oldenburg. Regierungsrath, Vorstand des statistischen Bureaus.
- - S. Kornfeld, Primararzt der Landesanstalt zu Brünn, Mähren.
- - S. Korsakoff, Privatdoc. der Psych. in Moskau.
- - F. Koster, San.-R., em. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Marsberg, in Trier.
- - Kowalewsky, Prof. d. Psych. u. Oberarzt d. Hospitals zu Charkow.
- - G. Kranz, Assistenzarzt an der Irrenanst. zu Stephansfeld.
- - A. Krauss, Oberamtsarzt zu Tübingen.
- - E. Kräpelin, Prof. u. Dir. der psychiatr. Klinik zu Heidelberg.
- - H. Kreuser, Dir. der Irrenanstalt zu Schussenried.
- - R. Kroemer, Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Neustadt (Westpr.).
- - Hans Laehr, Dir. der Priv.-Heilanst. Schweizerhof.
- - G. Langreuter, 2. Arzt der Irrenanstalt Eichberg.

Digitized by Google

Herr Dr. K. Langwieser, dir. Arzt der Irrenpflegeanst. Klosterneuburg bei Wien.
- - G. Lehmann, Dir. d. kgl. Irrenanst. zu Untergöltsch (Kgr. Sachs.).
- - M. Liebe, dir. Arzt an der Anstalt für Psychisch-Kranke zu Bielefeld.
- - van der Lith, Professor u. Arzt an der Irrenanst. zu Utrecht.
- - J. Lucaszewski, Dir. der Irrenanst. Golia b. Jassy.
- - G. Ludwig, Geh. Med.-Rath u. Dir. d. Irrenanst. zu Heppenheim.
- - H. Lutz, 2. Arzt der Privatheilanst. in Göppingen.
- - F. Matusch, 2. Arzt der Irrenheilanst. Sachsenberg b. Schwerin.
- - P. Mayser, Dir. d. Irrenanstalt zu Hildburghausen.
- - E. Mendel, Prof. an d. Univ. Berlin.
- - A. Merklin, 2. Arzt der Irrenanst. Rothenberg bei Riga.
- - Fr. Meschede, Prof., Dir. der psych. Klinik u. Dir. der städt. Krankenanstalt zu Königsberg i. Pr.
- - A. Meyer, Dir. d. Heilanst. f. Nervenkr. zu Eitorf (Rheinprovinz).
- - J. Möbius, Privatdocent in Leipzig.
- - Frz. Moeli, Prof. u. dir. Arzt d. Irrensiechenanst. zu Dalldorf.
- - Fr. Müllberger, Assist. d. Priv.-Heilanst. zu Kennenburg.
- - O. Müller, San.-Rath u. Dir. d. Priv.-Heilanst. f. Nervenkr. zu Blankenburg a. H.
- - A. Näcke, Arzt an der Irrenpflegeanst. zu Hubertusburg.
- - A. Neisser, Oberarzt der Prov.-Irrenanst. zu Leubus.
- - R. Neuendorff, San.-R. u. Dir. d. Irrenanst. zu Bernburg a. S.
- - G. Nötel, San.-Rath u. Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Andernach.
- - H. Obersteiner, Prof. an d. Univers. u. Dir. d. Heilanstalt zu Ober-Döbling bei Wien.
- - L. J. Oebeke, San.-Rath in Bonn.
- - W. Ostermayer, Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Budapest.
- R. Otto, Assist. an d. städt. Irrenanst. zu Dalldorf bei Berlin.
- - A. Paetz, San.-Rath u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. „Rittergut Altscherbitz", Prov. Sachsen.
- - J. Peretti, Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Grafenberg.
- - L. Pfleger, Hausarzt an d. städt. Versorgungsanstalt zu Wien.
- - A. Pick, Prof. d. Psych. an d. Universität Prag.
- - H. Pierson, Dir. d. Priv.-Heilanstalt in Lindenhof bei Dresden.
- - G. Rabbas, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Neustadt, Westpr.
- - P. Rehm, Dir. d. Kuranst. f. Nervenkr. zu Blankenburg a. H.
- - H. Reich, Med.-Rath u. Bez.-Arzt in Freiburg (Baden).
- - H. Reimer, Med.-Rath in Stuttgart.
- - W. Reinhard, Physikus in Hamburg.
- - A. Richter, Oberarzt d. städt. Irrenanstalt Dalldorf.
- - C. Rieger, Prof. u. Dir. d. Irrenanst. zu Würzburg.
- - H. Ripping, San.-Rath u. Dir. d. Irrenheilanst. zu Düren.

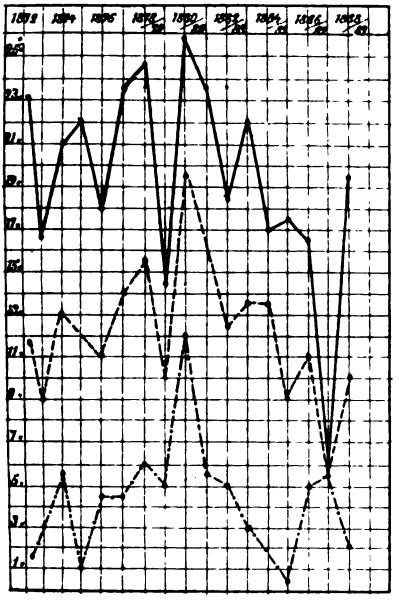
Digitized by Google

Herr Dr. C. Roller, San.-Rath u. Dir. d. Heil- u. Pflegeanst. zu Brake, Lippe-Detm.
- - A. Roller, Landgerichtsrath in Waldeshut in Baden.
- - Em. Roth, Kreisphysikus in Belgard.
- - A. v. Rothe, wirkl. Staatsrath u. Dir. d. Irrenanst. zu Warschau.
- - Th. Saelan, Dir. der Irrenanst. zu Lappwik bei Helsingfors in Finnland.
- - Hasimé Sakaki, Prof. d. Psych. an d. Univers. zu Tokio, Japan.
- - J. Salgó, Primararzt der k. ung. Irrenanst. zu Buda-Pesth.
- - Fr. Schaefer, Dir. der Prov.-Irrenanst. in Lengerich (Westphalen).
- - H. Scheidtler, Assist. der psych. Klinik zu Marburg.
- F. Schlangenhausen, Docent u. Dir. der Irrenanst. Feldhof bei Graz (Steyermark).
- - A. Schmitz, Dir. d. Privatheilanst. f. Nervenkranke zu Bonn.
- - Fr. Scholz, Dir. d. allgem. Krankenhauses in Bremen.
- - R. Schroeter, San.-Rath und Dir. der Prov.-Irrenanst. Eichberg (Nassau).
- - A. Schupmann, Geh. San.-Rath u. dir. Arzt der Siechenanst. zu Gesecke.
- - O. Schwartz, Geh.-Med.-Rath in Cöln.
- - O. Schwartzer, Reg.-Rath u. Dir. d. Priv.-Irrenanst. zu Ofen.
- - L. A. Seeligmüller, Prof. an d. Universität zu Halle.
- - G. Seifert, Med.-Rath u. pract. Arzt in Dresden.
- - H. Servaes, San.-R., dir. Arzt d. Privatanst. Marienbad b. Goslar.
- - Fr. Siemens, Med.-Rath u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Lauenburg in Pommern.
- - Em. Sioli, Dir. d. Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.
- - O. Snell, 2. Arzt an der Prov.-Irrenanstalt zu Hildesheim.
- - W. Sommer, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Allenberg.
- - W. Sorbski zu Moskau.
- - K. Stark, San.-Rath u. Dir. d. Irrenanst. zu Stephansfeld (Elsass).
- - W. Stark, Assistenzarzt a. d. Heil- u. Pflegeanst. Illenau.
- - C. Stenger in Würzburg.
- - H. Sterz, Dir. der Mähr. Landesanst. zu Brünn.
- - Rob. Thomsen, Dir. der Privatheilanst. in Bonn.
- - W. Tigges, Geh. Med.-Rath zu Düsseldorf.
- - Th. Tiling, Dir. der Irrenheilanst. Rothenburg b. Riga.
- - Ad. Tilkowsky, Dir. der nied.-öst. Landesirrenanst. zu Ybbs.
- - H. Ullrich, Dir. an d. Irrenanstalt zu Deggendorf.
- - R. Virchow, Geh. Med.-Rath, Prof. d. path. Anat. u. allg. Path. zu Berlin.
- - E. Vix, Reg.- u. Med.-Rath in Darmstadt.
- - J. Vorster, 2. Arzt der Irrenanst. zu Stephansfeld, Elsass.
- - F. Wahrendorf, Geh. San.-Rath u. Dir. d. Priv.-Irrenanst. Ilten.

Digitized by Google

Herr Dr. R. Walter, Dir. der Priv.-Heilanst. in Lissa (Schlesien).
- - G. Weber, Ob.-Med.-Rath u. Dir. d. Heilanst. Sonnenstein b. Pirna.
- - H. Wendt, emer. Dir. d. Irrenanst. zu Schwetz, in Berlin.
- - K. Wernicke, Med.-R., Prof. der Psych. an der Univers. Breslau.
- - C. Werner, 2. Arzt des „Genesungshauses" zu Roda.
- - Br. Wiebecke, Reg.-Med.-Rath in Frankfurt a. O.
- - Fr. Wiedemeister, San.-Rath u. Director der Privatanstalt zu Ballenstedt im Harz.
- - H. Wildermuth, dir. Arzt der Privatheilanst. zu Stuttgart.
- - L. Wille, Prof. u. Dir. der Cant.-Irrenanst. zu Basel.
- - W. Willerding zu Grohnde a. d. Weser.
- - F. Wulff, Dir. der Idiotenanstalt zu Langenhagen.
- - W. Zenker, San.-R. u. Dir. d. Privatheilanst. Bergquell b. Stettin.
- - Zillner, Prof. u. Primararzt an d. Irrenanst. zu Salzburg.
- - C. A. Zinn, Geh. San.-Rath, Dir. u. Chefarzt d. Prov.-Irrenanst. zu Eberswalde.

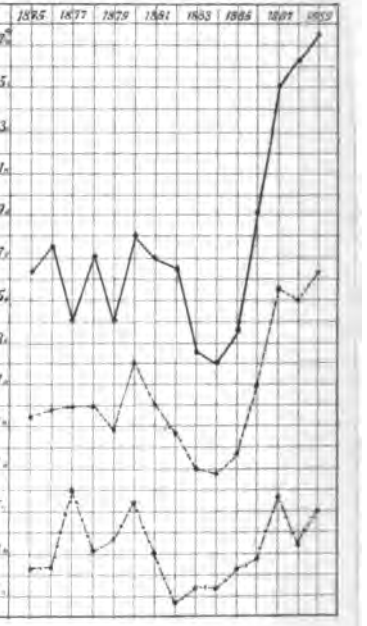
Digitized by Google

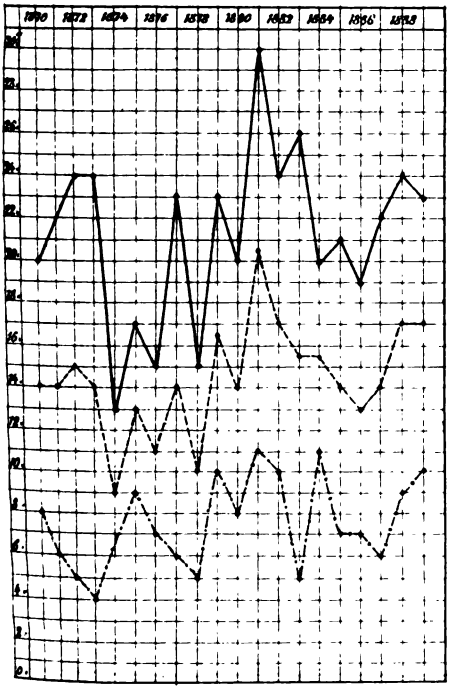


Curve für Stephansfeld.

Beilage I.

Curve für Prag.



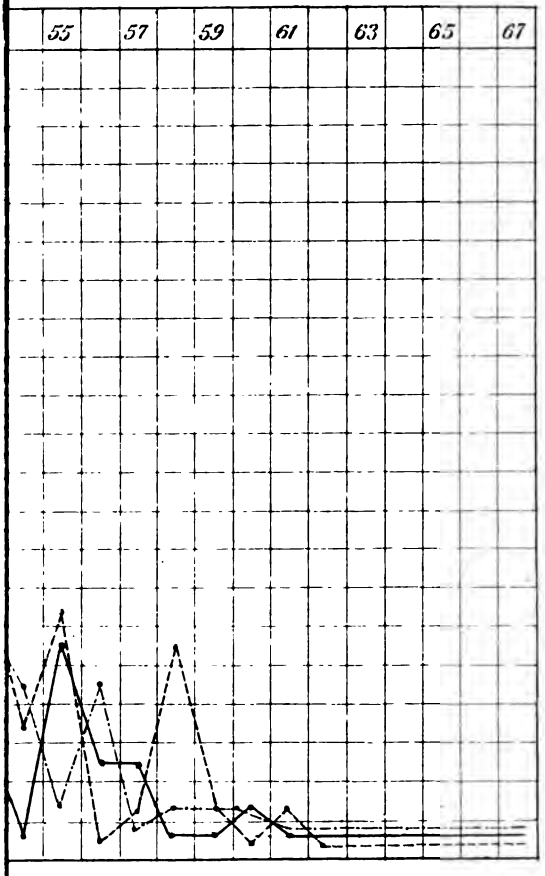


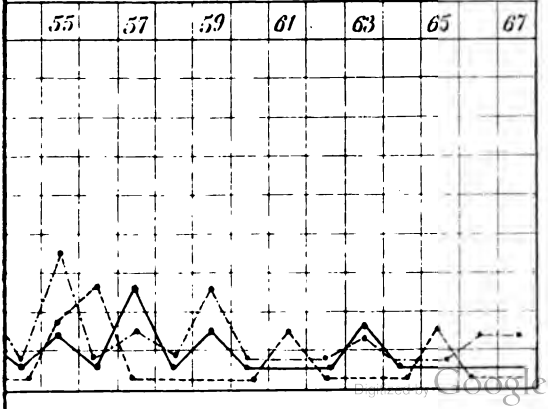
Curve für Friedrichsberg.

Männer ..... Frauen ——— Durchschnitte.

Digitized by Google

Digitized by Google





Digitized by Google

Digitized by Google

Bericht

über die psychiatrische Literatur

im Jahre 1892.

Redaction: **Schuchardt**-Sachsenberg.

Digitized by Google

Digitized by Google

1. Psychologie. Ref.: Fränkel-Dessau.

Carus, Paul, The soul of man. An investigation of the facts of physiological and experimental psychology. With 152 illustrations and diagrams. — Chicago. The open court publishing Co. 1891.

Dies Buch stellt eine Compilation alles dessen dar, was uns über die Seele des Menschen in physiologischer und psychologischer Beziehung bekannt ist und zwar wendet sich der Verfasser, wie aus jeder Seite des Buches hervorgeht, zunächst an die gebildeten Laien. Ueber die Opportunität solcher Schriften kann man verschiedener Ansicht sein; sie tragen, gegen den Willen der von den besten Absichten beseelten Verfasser, nicht selten dazu bei, bei ihren Lesern jene verhängnissvolle Halbbildung und jene krass-materialistischen Anschauungen zu zeitigen, die, von dem „frommen Kinderglauben" und von einer philosophischen Weltanschauung gleich weit entfernt, den Menschen im Leben jeden Haltes berauben. — Der Verfasser schwärmt für das Ideal einer „religion of science"; bevor dies Ideal erreicht werden kann, meint er, müsse das Problem der menschlichen Seele durch wissenschaftliche, sich auf exacte Daten und Thatsachen stützende Untersuchungen gelöst werden. In Parenthese sei übrigens bemerkt, dass ein Ideal nie erreicht werden kann, denn dass es unerreichbar ist, gehört eben mit zum Wesen des Idealen. Viele fleissige Arbeiter, so fährt der Autor fort, haben auf dem Felde der Psychologie gearbeitet, aber die Resultate ihrer Studien sind unter einander noch nicht verglichen, kritisch gesichtet und in einem Buche gesammelt worden — und aus diesem Raisonnement folgert er die Existenzberechtigung seines Buches. —

Er beginnt mit einer Erörterung des philosophischen Problems des Geistes, geht dann auf den Ursprung des organisirten Lebens über, bespricht im nächsten Abschnitt das Nervensystem der Invertebraten und Vertebraten und daran anschliessend, in Anlehnung an *Meynert*'s Ansichten, die Physiologie des Gehirns. Das nächste Capitel, das mit dem bisher Vorgetragenen nur in recht lockerem Zusammenhang steht, behandelt den Vorgang der Befruchtung und das Problem der Geschlechtsbildung; der Verf. stützt sich hier hauptsächlich auf *Weismann*'sche Theorien. Das nächste Capitel ist der experimentellen Psychologie gewidmet: Die Natur

Digitized by Google

des Seelenlebens, „des centralen und peripheren", die neueren Lehren über das Doppel-Ich, der Hypnotismus und die Theorie der Suggestion werden besprochen und auf die Gefahren aufmerksam gemacht, die entstehen, wenn „wissenschaftlich halb-gebildete Leute oder selbst hervorragende Aerzte" die Hypnose missbrauchen; „Hypnotismus als Heilmittel sollte so wenig als möglich gebraucht werden". Verf. stellt auch aus der Literatur einige Fälle zusammen, in denen durch den Hypnotismus eclatante Gesundheits-Schädigungen entstanden sind. Auch durch die fortgesetzte Schwächung des eigenen Willens kann der Hypnotismus dem Individuum verhängnissvoll werden; dennoch geht der Verf. wohl zu weit, wenn er behauptet (pag. 337): In Ländern, wo die Kinder in Liebe zur Freiheit und Unabhängigkeit erzogen werden (scilicet in Amerika), findet der Hypnotismus einen wenig günstigen Boden; dagegen ist die Neigung zum Hypnotismus dort am stärksten, wo die Kinder zu blossen Werkzeugen in der Hand der Priester werden. Und auf derselben Seite fährt Verf. mit jener Vorliebe für Amerika, die den Eingewanderten charakterisirt, fort: Neue Ideen kritisch aufzunehmen muss die Jugend eines republikanisch regierten Staates vor Allem lernen, in dem jeder Bürger an der Regierung, an der Wahl der Behörden und an dem Entwerfen von Gesetzen Theil nimmt. — Der letzte Abschnitt behandelt das Seelenleben in ethischer und religiöser Beziehung: Eine neue Definition von Lust und Unlust wird gegeben, da dem Autor (wie vielen anderen) die Kantische Begriffserklärung (Lust ist das Gefühl der Förderung, Unlust das der Hinderung des Lebens) nicht genügt; dann werden die Natur der geistigen Operationen, das Bewusstsein erörtert und mit einem Ausblick auf das psychologische Problem in seinen Beziehungen zur Religion und auf die Weltseele schliesst das Buch. — Rühmend sind die sauberen, allerdings meist deutschen Werken entlehnten Holzschnitte und die hübsche Ausstattung des 458 Seiten starken Buches hervorzuheben. *Lewald.*

Mercier, Charles, Das Nervensystem in der Kindheit. — Brain 1892.

Eine bilderreiche Plauderei, die nichts Neues bringt. *Matusch.*

Bastian, Charlton, Ueber die der Aufmerksamkeit und dem Willen unterliegenden neuralen Processe. — Brain 1892.

Hinsichtlich der Einzelheiten dieser scharfsinnigen Studie muss auf das Original verwiesen werden. *B.* zieht aus ihr zwei wichtige Schlüsse, erstens, dass ein „Kraftsinn" an den Kampf der Ideen und Motive, der dem Ueberwiegen eines derselben vorangeht, geknüpft sei und dass dieser Kraftsinn eine Eigenschaft der Activität der sensorischen Centren und deren Adnexe sei, mit Hülfe deren intellectuelle Processe sich abspielen. Dass die Muskelthätigkeit etwas mit seinem Ursprung zu thun habe, sei man nicht berechtigt anzunehmen. Zweitens, dass der „Act des Wollens" einer besonderen Bewegung wesentlich eine Einwilligung in das Vorsichgehen

Digitized by Google

dieser Bewegung nach Abwägung der Gründe dafür und dagegen darstelle, die Bewegung selbst sei zu der Zeit im Geiste durch bestimmte reproducirte Empfindungen vorgebildet, das Vorsichgehen oder Nicht-Vorsichgehen der Bewegung sei in gewissem Grade accidentell und liege zugleich, wenn sie stattfindet, ausserhalb des psychischen Processes. Es gebe keine Gründe, die Existenz corticaler motorischer Centren für willkürliche Bewegungen zu postuliren; in welcher Weise auch einfache Bewegungen hervorgerufen werden, d. h. ob willkürlich oder reflectorisch: eine Gruppe motorischer Centren komme allein ins Spiel; diese Centren lägen im Bulbus und Rückenmark und ihre Function hänge im Allgemeinen nicht von begleitenden psychischen Vorgängen ab. Alle aus Bewegung resultirenden Empfindungen stammten aus eindringenden (ingoing) Eindrücken und werden realisirt und reproducirt in besonderen sensorischen in der Area Rolandi belegenen Centren, die in engster Weise mit Gesichts-, Gehörs- und anderen sensorischen Centren associirt sind. Der Process des Aufmerkens sei in seinem Wesen sensorisch, wenngleich von begleitenden motorischen Processen untrennbar, während der des Willens nur einige Phasen in der „Association der Vorstellungen" darzustellen scheine. So sei das Wort *Spinoza*'s: „Voluntas et intellectus unum et idem sunt" voll bestätigt und die Abtrennung eines besonderen „Willens" ein blosses Phantom. *Matusch.*

Oelzelt-Newin (Bern), Ueber sittliche Dispositionen. — Leuschner & Lubensky, Graz, 1892. 90 Seiten.

„Der Mensch wird weder als gut noch als böse geboren, denn gut und böse können nur mit Gewissen begabte Wesen sein. Das Kind, wie die höheren Thiere, hat zuerst nur Gefühle und Affecte, Furcht, Zorn, dann Liebe und Mitgefühl, später Scham und Stolz." — Auf diesen Elementen bauen sich die sittlichen Eigenschaften aus, die sich aus der Disposition zu jenen Gefühlen nach einer oder der anderen Richtung entwickeln.

Die Analyse dieser Elemente bildet den Inhalt des lesenswerthen Schriftchens, das seine Hauptargumente aus den Beobachtungen der Entwicklungspsychologie (*Darwin*, *Preyer* u. A. m.) und der Psychiatrie entnimmt, obgleich es den Statistiken der letzteren, ohne die analytische Methode, namentlich in Beziehung auf die Erblichkeitsbeweise, wenig Bedeutung zuschreibt. Beispielsweise lässt sich aus den Fällen von grundlosen Selbstmorden und denen bei Kindern u. s. w. nur von angeborenen Depressionszuständen oder darauf bezüglichen Dispositionen schliessen, die sich zu depressiven Zwangsvorstellungen, Kleinheitswahn, entwickeln. — Weder der Verbrecherstammbaum aus *Lombroso* noch die Fälle aus *Lucas*' Hérédité naturelle, wo 126 Kinder 31 Verbrecher zu Eltern haben, genügt ihm. Von der „gedankenlosen Statistik" und „Formular-Methodik" (S. 25) ist nichts zu erwarten. Die Psychiatrie leistete (gleichwohl) das Werthvollste,

Digitized by Google

indem sie zwar krankhafte, aber unzweifelhaft sittliche Dispositionen, als Theilerscheinungen z. B. Furcht, Zorn, Grausamkeit nachwies. — Die körperliche Affectdisposition und das moralische Irresein werden an den Beispielen der Furcht, Angst und des Zornes erläutert. — Moral insanity ist erblich oder mindestens angeboren; ob auf larvirter Epilepsie beruhend, zweifelhaft. Die nächsten Abschnitte behandeln Furcht und Zorn und Experimente an neugeborenen Thieren — 2 Beispiele von Hyoscyamuswirkung u. a. m., dann das Mitgefühl (Beispiele von Grausamkeit: die 12jährige Raubmörderin Marie Schneider; der Mädchenmörder; Cullère's Grenzfall von mütterlicher Grausamkeit). Im Capitel Liebe wird die Körpervorstellung als eines der Elemente betrachtet. Unter den Gründen für angeborene Factoren erwähnt Verf. den *Goltz*'schen Klammerversuch nicht. Unter den krankhaft disponirten Objecten — die Urningsliebe, den Lustmord. Bei der Zuneigung das ästhetische Gefallen, Neigung der Heerdenthiere zu einander, Gesellschaftsinstinct der Herbivoren — Scham und Stolz, Grenzen der Schamlosigkeit im Irresein. Stolz — Kraftgefühl und Exaltationsgefühl.

Man sieht, auf den wenigen Seiten wird auch dem Psychiater Vieles und manch Beherzigenswerthes geboten.

Rosenbach, O., **I. Bemerkungen zur Mechanik des Nervensystems (die oxygene, organische Energie). — Deutsche medicinische Wochenschrift No. 43.**

Entgegen der sog. physikalischen Richtung der physiologischen Schule, die Lebensvorgänge aus der todten Materie erklären zu wollen, die eine Umformung der Energie durch Activirung molekularen Sauerstoffes nicht mehr vermittelt, geht Verf. von der Ansicht aus, dass die Moleküle des lebenden Gewebes bereits kleinste Maschinen, dass der Organismus ein Complex solcher ist und alle seine Theilchen die Attribute der arbeitenden Maschine besitzen müssen. Das Miniaturbild seiner Theorie — die im Original zu vergleichen sich empfiehlt — sieht etwa folgendermaassen aus: „Die specifische Eigenschaft des lebenden Gewebes besteht in der beständigen, von der Aussenwärme unabhängigen, Schwingung seiner kleinsten Theilchen. — Die lebenden Moleküle sind nicht isodynamisch wie die todten, sondern heterodynamisch, d. h. die Energie ist in ihnen ungleich vertheilt, einzelne ihrer Gruppen ziehen sich zeitweise stärker an, als andere, und labil, d. h. es findet in ihnen ein An- und Abschwellen der anziehenden und abstossenden Kräfte statt. Jedes einzelne Molekül leistet seine Arbeit (intramolekulär) in der Activirung des aufgenommenen Sauerstoffes, während das identische todte Molekül nur bei höchster Temperatur eine Verbindung mit Sauerstoffatomen eingeht, bei der es zerspalten, verbrannt wird.

Mehrere solcher kleinen Maschinen zu einer neuen angeordnet, leisten

Digitized by Google

intermolekulare Arbeit, Massenbewegung von einem Maschinencomplexe zum andern (Kreislauf u. s. w.) ja sogar eine Bewegung im Raume (Muskelarbeit). Charakteristisch für die kleinsten wie für die grossen Maschinchen (Gewebe, Organe) ist die beständige Schwingung um eine bestimmte Gleichgewichtslage. — Das Gewebe besteht aus Maschinchen und Spannkraftsmaterial; letzteres, identisch construirt wie die arbeitenden Moleküle, aber nicht mehr Sitz intra- und intramolekularer, kinetischer Energie, wird gespalten, langsam verbrannt unter Mitwirkung des Wassers, der Sauerstoff activirt und solcherweise Wärme erzeugt, die als beschleunigende Kraft wirkt. „Das lebende Molekül stellt also eine kalorische Sauerstoffmaschine vor, bei der der Sauerstoff mit Hülfe der Wärme zur Atom- und Massenbewegung verwandt wird." „Die Construction der lebenden Moleküle beginnt mit dem Acte der Zeugung". — Aus dem befruchteten Ei würde sich kein Organismus entwickeln, wenn nicht lebendige Energie, Wärme und activirter Sauerstoff, sowie die Spannkräfte, kohlenstoff- und stickstoffhaltige Moleküle, von aussen geliefert würden. „Das lebende Gewebe ist also ein Complex von Maschinen, durch die aus molekularem Sauerstoff unter Einwirkung der Wärme nicht nur Verbrennungswärme und Verbrennungsproducte, sondern eine bisher noch nicht genau definirte Form der Energie, die wir vorläufig oxygene, tonische oder organische nennen wollen, gebildet wird." „Der Organismus ist bis jetzt, unseres Wissens, die einzige Maschine, die aus Sauerstoff vermittelst Wärme kinetische Energie bildet, die wieder Massenanziehung, also mechanische Arbeit leistet."

Wie andere Maschinen auch bedarf der Complex der lebenden gewisser Kraftreservoirs, in denen die tonische Energie aufgehäuft ist, um die Reibungswiderstände zu vermindern. „Diese Reservoirs sind die Kerne der Zellen oder kleinere Granula. Der Kern hat wieder ein oder mehrere Reservoirs, die Kernkörperchen." — Jedes lebende Molekül ist Transformator und Accumulator zugleich, ähnlich den neuesten Constructionen der Accumulatoren der Elektricität. — Complexe von Zellen haben wieder gemeinsame Centren, Nervenzellen (Ganglien). Sie stellen die Verbindung der kleinsten Accumulatoren des Gewebes her.

II. Die Bedeutung des Nervensystems für die Bildung der oxygenen Energie.

Das Nervensystem, die höchste Ausbildung der organischen Maschine, stellt eine besondere Construction der Protoplasmamaschine — behufs Umformung kinetischer Energie jeder Form in „Nervenenergie" und zur Uebertragung organischer (tonischer) Energie auf die kleinsten Accumulatoren dar. — Für die höchste Form der Arbeitsleistung durch Arbeitstheilung ist eine Centralstation erforderlich, die von der Leistung jedes einzelnen Theiles Kenntniss haben muss. — Die Accumulatoren des Nervensystems, die Centralapparate, werden durch Auslösungsvorgänge minimalster kinetischer Energie zur Stromgebung in umgekehrter Richtung

Digitized by Google

als ihre Ladung erfolgt, veranlasst, also durch willkürliche Impulse, die von Vorstellungen, also kleinsten Veränderungen des Gleichgewichtes bestimmter Maschinen des Hirngewebes abhängen, oder als Reflexbewegungen, wenn eine Summe kinetischer Energie, die von aussen zugeleitet wird, oder durch automatischen Vorgang, wenn die im Organismus selbst erzeugte Energie, die an die Blutbewegung oder einen Nervenstrom gebunden ist, Ursache der Erregung ist.

Die peripheren Nerven und ihre specifischen Endorgane sind nicht blosse Leiter, sondern selbst zusammengesetzt aus kleinsten Arbeitsmaschinen, die als Transformatoren der Energie dienen, indem sie alle auf den Organismus in Form von Wellensystemen einwirkende kinetische Energie (Wärme, Licht u. s. w.) in besondere Schwingungen umsetzen. — Die specifische Nervenenergie, an besondere Leitungssysteme gebunden, ist der Ausdruck der höchsten Arbeitstheilung, ohne dass mit Aufhören der Wirksamkeit des bestimmten Apparates, sofort eine völlige Lähmung der Maschine eintritt. — Die Protoplasmamaschine arbeitet noch fort. Der nach Rückenmarkdurchschneidung gelähmte Muskel kann noch eine Zeit lang fortarbeiten im biologischen Sinne — bewirkt chemische Umsetzungen, überträgt Sauerstoff u. dgl. m. — (Schluss folgt.)

***Bolton*, Growth of memory in school-children. — Amer. Journ. of Psychol. Vol. IV, 362, 3. Apr.**

Versuche an 1500 verschiedenalterigen Schülern von Mittelschulen wurden so angestellt, dass Zahlen unter 10 (Digits) ausser der Zahlenreihe vorgelesen und zum Wiederhersagen aufgegeben wurden. — Die aus einer Reihe von Tabellen gezogenen Schlüsse sind folgende:

1. Das Gedächtniss umspannt in öffentlichen Schulen nicht mehr als 6 Zahlen.

2. Es wächst mehr mit den Jahren, als mit dem Intellect.

3. Es gibt den Maassstab für die aufgewandte Aufmerksamkeit, obwohl 4. scharfer Verstand und dauernd gespannte Aufmerksamkeit den Gedächtnissumfang nicht unbedingt begleiten müssen.

5. Mädchen haben besseres Gedächtniss als Knaben.

6. Durch Uebung wächst bei den Schülern die Fähigkeit für das Zahlen-Gedächtniss.

7. Unbewusst erinnern sie sich noch am andern Tage der Zahlen.

8. Uebermüdung findet in den Schulen nicht statt.

9. Das Vergessen geschieht in dreierlei Weise, a) durch Verwechseln der Ordnung, b) durch Verlust gewisser Elemente und Unterschieben anderer verwandter, c) durch völligen Verlust einiger Elemente ohne Ersatz durch andere.

10. Vorgefasste Ideen und Anknüpfung an andere fälschen das Erinnerungsbild und bewirken seinen Verlust.

Digitized by Google

11. Die Zahl der Vorstellungen wird gemeiniglich überschätzt, sobald dieselbe auch nur wenig die Fassungskraft übersteigt. Regel ist zwar die Unterschätzung der Zahl.

12. Die 2 oder 3 letzten Zahlenbilder erhalten sich, aber in einer andern, als der ursprünglich gegebenen Ordnung und zwar so, dass sie gegen Ende der Zahlenreihe abnehmen.

***Noyes, W.*, On certain particularities of the Knee-jerk in sleep in a case of terminal dementia. — Amer. Journ. of Psychol. Vol. IV. 3. Apr.**

Es ist bekannt, dass der „normale" Patellarreflex bei gesunden Individuen durch Gemüthsbewegungen aller Art gestört, und folglich nur durch zahlreiche Versuche ermittelt werden kann. *Jendrassek* (Zur Lehre von den Sehnenreflexen in Dtsch. Arch. f. klin. Medicin. 1883) hat gefunden, dass das Ballen der Faust im Schlaf den Patellarreflex verstärkt. Reizung der Haut, Gehörs- und heftige Lichteindrücke (Magnesiumlicht) thun dasselbe.

Verfassers Experimente an einem ältlichen, langjährig dementen Manne zeigten die eigenthümliche, abweichende Erscheinung, dass eine Gehörsreizung verlängerte und verstärkte Reflexe im Unterschenkel hervorrief, trotz der geringen Erregbarkeit des Gehirns und des tiefen Schlafes, während im Wachen das nicht gelang. Der gleichzeitig mit der Verstärkung der Reflexe nachgewiesene verringerte Blutdruck spricht für Anämie der nervösen Centren und — muthmaasslich — für aufgehobene Function der inhibitorischen Nerven, die im Schlafe normaler Individuen die Auslösung des Reflexes nur unbedeutend zur Geltung bringen.

***Pellegrini*, Le nozioni di quantità e di spazio nei pazzi. — Manicomio VIII, 1.**

Den Zahlensinn fand Verf. bei Irren um so schwächer, je mehr ihr Zustand sich dem chronischen und der Demenz näherte. Dasselbe Ergebniss fand sich bei Prüfung des Raumsinnes an 52 Irren. Bei Paralytischen fand sich kaum eine Spur davon.

Digitized by Google

2. Psychophysik. Ref.: Max Dessoir-Berlin.

Beiträge zur experimentellen Psychologie von *Hugo Münsterberg*. — Heft IV. Freiburg i. B. 1892.

Das vorliegende Heft, das wohl einen vorläufigen Abschluss oder Ruhepunkt in der Veröffentlichung der „Beiträge" darstellen wird, zeichnet sich noch mehr als seine Vorgänger durch Fülle des Materials und Reichthum an Anregungen aus. Es steckt erstaunlich viel Fleiss und Intelligenz in dem Buche. Aber es wird trotzdem Anfeindungen erfahren sowohl wegen der theils weitläufigen, theils aphoristischen Darstellungsweise, als auch deshalb, weil einzelne Aufsätze zu sehr den Charakter einer „vorläufigen" Mittheilung tragen. Darüber jedoch kann kaum ein Zweifel herrschen, dass die Vorzüge des Werkes diese kleinen Mängel bei Weitem überragen. — Wir versuchen nun, einen Ueberblick über den Inhalt zu geben, meist mit des Verfassers eigenen Worten.

1. Studien zur Associationslehre. Wenn uns einmal in der Wahrnehmung die Vorstellungen m und a, ein andermal die Vorstellungen m und b gleichzeitig gegeben waren, kann dann späterhin die Vorstellung a bei erneuter Wahrnehmung die Vorstellung b ins Bewusstsein rufen, ohne dass das vermittelnde Zwischenglied m in's Bewusstsein tritt? Hr. *Scripture* hatte diese Frage experimentell untersucht und bejahend beantwortet; Hr. *Münsterberg*, der die Versuche auf alle Sinnesgebiete ausdehnte und methodologisch verbesserte, ist zu lediglich negativen Ergebnissen gelangt. Daraus folgt für ihn: wir kennen bisher nur direkte Associationen von einem Glied zum Nachbarglied; mittelbare Associationen durch unbewusste Zwischenglieder gibt es nicht. — Dagegen spielen Associationen selber manchmal im Hintergrunde des Bewusstseins. Der Verf. glaubt beweisen zu können, dass eine Bevorzugung bestimmter Wahrnehmungsobjecte auf Grund associativer Momente der Wahrnehmung selbst vorangehen kann, die äussere Erregung also nicht erst dann Associationen erweckt, sobald sie sich in einen bewussten Vorgang umgesetzt hat, sondern zwischen äusserer Reizung und bewusster centraler Erregung eine nicht bewusste Zwischenstufe liegt, in der das Spiel der auf associativen Miterregungen beruhenden Verstärkungen und Hemmungen, Beschleunigungen und Verlangsamungen ebenso wirksam sein kann wie im Bewusstsein selber. Das grundlegende Experiment ist folgendes. Der Versuchsperson wird plötzlich ein Bild mit reichem Detail gezeigt. Zwei Secunden, bevor der das Bild bedeckende Vorhang weggezogen wird, ruft der Experimentator ein einzelnes Wort aus, dem die Versuchsperson ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden hat und das zugleich als Signal für die Darbietung des Bildes gilt. Die Versuchsperson hat nun anzugeben, ob ein einzelnes Object des Bildes früher gesehen wurde als andere, und wenn

Digitized by Google

dies eintrat, hat sie anzugeben, welches Object es war. Da zeigt sich denn bei fünf durch Wochen getrennten Versuchen mit demselben modernen Genrebild ein fünffach verschiedener Erfolg. Das erste Mal wurde „Stuhl" gerufen, das erste, was gesehen wurde, war „Tisch"; das zweite Mal zugerufen „Wein", zuerst gesehen „Flasche"; das dritte Mal zugerufen „Knabe", zuerst gesehen „Mädchen"; das vierte Mal zugerufen „Geige", zuerst gesehen „Klavier"; das letzte Mal zugerufen „Mantel", zuerst gesehen „Hut". — Um festzustellen, ob zwischen dem sinnlichen Eindruck und der in der Phantasie oder Erinnerung entstehenden Reproduction desselben ein principieller Unterschied bestehe, liess Hr. *Münsterberg* bei einer Belichtungszeit von 0,02 Secunden Wörter lesen, nachdem er kurz zuvor der Versuchsperson ein anderes Wort zugerufen hatte, das in der Minderheit der Fälle zu dem gelesenen Wort nur dann Beziehung hatte, wenn dasselbe in mehr oder weniger naheliegender Weise irrthümlich aufgefasst wurde. In 8 bis 10 Fällen unter 100 Gesammtversuchen pflegte ein solcher Vexirversuch zu gelingen; und dabei zeigte sich, dass in der grössten Zahl der Täuschungsfälle, obgleich hier die Täuschung doch unbedingt centrale Ursachen hat, die Versuchsperson doch diejenigen Buchstaben, welche sie subjectiv hinzuergänzt oder verändert hatte, mit Bestimmtheit wirklich gesehen zu haben glaubte. Ein Herr las z. B., als ihm „Verzweiflung" zugerufen wurde: „Trost" statt „Triest", ein anderer Herr, als „Nerventhätigkeit" gerufen war: „Muskelfunctionen" statt „Modulfunctionen". — Auf Grund einer Ansammlung von fast 10000 Associationen glaubt der Hr. Verf. eine oft behauptete gewisse Constanz der nächstliegenden Associationen ableugnen zu müssen. Es hat bei den hieran sich anschliessenden Versuchen sich gezeigt, dass wenn 400 geläufige Wörter vier verschiedenen Personen je viermal zugerufen werden, nicht ein einziges Wort auch nur bei zwei Personen viermal dieselbe Association erweckt! Dagegen stellte sich heraus, dass bei den verschiedenen Personen tiefgreifende charakteristische Unterschiede in der Wahl der zu associirenden Wortarten zu bemerken sind.

2. Kettenreactionen. Die Kettenreaction besteht der Hauptsache nach darin, dass ein Reiz von etwa 10 Personen nacheinander gegenseitig applicirt und wahrgenommen und dass dann die Gesammtzeit für diese Vorgänge durch 10 dividirt wird, um die Reactionszeit des Einzelnen, befreit von individuellen Zufälligkeiten und den Fehlern der üblichen Apparate, auszumitteln. Durch einen Druck mit dem Fuss wird der elektrische Strom geschlossen und geöffnet. Hiervon verschieden sind die Reihenreactionen. Bei den Kettenreactionen erledigen zehn Personen hinter einander einen psychischen Process, bei den Reihenreactionen erledigt eine Person hinter einander zehn coordinirte psychische Processe. Soll z. B. die Frage untersucht werden: wie lange dauert es, zwei einstellige Zahlen zu multipliciren? so werden auf eine Tafel in horizontaler Linie zehn Ziffern in beliebiger Combination geschrieben und durch eine Decke für

Digitized by Google

die Versuchsperson verhüllt. Sobald die Decke weggezogen wird, fängt die Uhr zu gehen an, und die Versuchsperson muss nun so schnell wie möglich die Zahlen Glied für Glied mit einer vorher vereinbarten Zahl multipliciren und die Producte aussprechen. Wann das letzte Product genannt wird, wird der Uhrstrom geöffnet. Nachdem vielleicht dann zehn Versuche mit immer neuen Zahlcombinationen ausgeführt sind, werden die Productzahlen selbst auf die Tafel geschrieben und es wird die Zeit gemessen, wie lange das Aussprechen dieser Ziffern bei möglichst schnellem Ablesen dauert. Die durchschnittliche Differenz beider Zeiten gibt dann die Zeit an, die nöthig ist, um den eigentlichen Multiplicationsact auszuführen, und wird sie durch zehn dividirt, so erhalten wir die Multiplicationszeit für zwei einstellige Zahlen. Aehnlich wurde die Zeit für Farbenbenennung von gesättigten und ungesättigten Farben geprüft. — Mittels der Kettenreactionen hat Hr. *Münsterberg* angestellt Farbenversuche mit qualitativen Differenzen, Temperatur- und Augenmaassversuche mit quantitativen Unterschieden, und Zirkeltastversuche mit Unterschieden der Verschmelzung.

3. Gedächtnisstudien. Wie verhält es sich mit der im Gedächtniss zurückbleibenden Disposition zu einer automatischen Bewegung dann, wenn vermittelst neuer willkürlicher Einübung die zu Grunde liegende Empfindung mit einem anderen Bewegungsimpuls verkoppelt wird und diese neue eingeübte Bewegung nun zur unwillkürlichen wird? Ist, sobald die neue, der ersten entgegengesetzte Verbindung soweit eingeübt ist, dass sie ausnahmslos richtig instinctiv ausgeführt wird, dadurch die frühere Verbindung aus dem Gedächtniss ausgelöscht? Dass dies sich nicht so verhält, dass während der Zeit, in der die neue eingeübte Bewegung einzutreten pflegt, trotzdem die Disposition zu der früheren Bewegung nicht erloschen ist, lässt sich dem Verf. zufolge in einfacher Weise feststellen. Man muss jene frühere Bewegung zum zweitenmal von Neuem willkürlich einüben. Stellt sich heraus, dass diese Einübung nun wesentlich rascher erfolgt als das erste Mal, so ist damit bewiesen, dass die Disposition zu dieser Verbindung inzwischen nicht völlig verschwunden war. Dies ergab sich in der That bei den sehr originellen Versuchen mit dem Eintauchen der Schreibfeder, dem Hervorziehen der Uhr und dem Benutzen zweier Thüren. — Andere Experimente untersuchen den Einfluss, den das Zeitintervall auf unser Gedächtniss für die Grösse einer Armbewegung hat. Eine bestimmte Normalstrecke musste an einem eigens hergestellten Apparat nach wechselnden Zeitintervallen durch Armbewegung reproducirt werden. Dabei ergab sich, dass die Vergleichsstrecke nach 2 Secunden grösser gemacht wird als nach 5, nach 5 Secunden grösser als nach 10, dagegen nach 10 Secunden kleiner als nach 20 und nach 20 kleiner als nach 60.

4. Zeitausfüllung. Für Hrn. *Münsterberg* kam es darauf an, zwei Zeitintervalle mit einander zu vergleichen, d. h. zu beurtheilen, ob das zweite grösser, gleich oder kleiner als das erste ist, wenn beide verschieden

Digitized by Google

ausgefüllt sind, etwa das eine mit einem tiefen, das andere mit einem hohen Ton, das eine mit gleichgültigen Geräuschen, das andere mit interessirenden Worten. Es handelte sich also um ein „directes Zeitbewusstsein". Wenn wir zwei kleine Zeitstrecken nacheinander auffassen und vergleichen sollen, so versuchen wir, beim Beginn des zweiten Intervalls das erste im directen Zeitbewusstsein nachzuerzeugen; deckt sich das reproducirte mit dem zweiten wahrgenommenen, so scheint es uns gleich, wird es vom zweiten überdauert, so scheint das erste kürzer. Dieses directe Zeitbewusstsein ist nun, wie Versuche der angedeuteten Art lehren, in überraschend hohem Maasse von der Ausfüllung der Intervalle unabhängig und vornehmlich ein Product der Vorgänge im körperlichen Subject. Solche Vorgänge sollen — und damit greift der Verf. auf seine ältere Zeitsinnstudie zurück — in erster Linie die Spannungen und Entspannungen sein, die als subjective Körperreaction auf wechselnde Reizintensitäten in den verschiedensten Muskelgruppen eintreten, daneben dann die Ein- und Ausathmung oder die Augenbewegung u. s. f. Die Vergleichung erfolgt dann derart, dass eine motorische Accentuation das zweite Intervall abgrenzt, sobald die dem ersten Intervall entsprechenden Körpervorgänge jenen Empfindungen gemäss abgelaufen sind.

5. Einfluss der Nervina auf die psychischen Leistungen. Die untersuchten Stoffe waren; aus der Gruppe der Excitantia: Thee, Kaffee, Alkohol, und zwar Bier, Cognac, Rheinwein und Bordeaux; aus der Gruppe der Narcotica: Opium und Bromnatrium; aus der Gruppe der Antipyretica: Chinin, Antipyrin, Phenacetin. Die psychischen Leistungen, die unter der Wirkung sämmtlicher Stoffe geprüft wurden, waren erstens das Auswendiglernen von Zahlen- und Buchstabenreihen, zweitens das Addiren, drittens das Benennen von Farben und viertens das Zählen gedruckter Buchstaben. Für die Farbenbenennung war von Hrn. *Münsterberg* eine eigene und nach des Ref. Ansicht sehr zweckmässige Technik eingeführt worden. Bei den Experimenten mit Alcoholica zeigte sich, dass die Aufnahmefähigkeit für sinnlose Eindrücke während der ersten Stunde ausnahmslos mehr oder weniger stark herabgesetzt ist, sich allmählich bessert und nach Verlauf von etwa 2 Stunden fast überall gegenüber dem Normalzustand gesteigert ist. Von den übrigen Resultaten heben wir als besonders interessant hervor, dass Antipyrin sich am schädlichsten für die seelischen Functionen erwies, Opium eine durchgehende Verbesserung des Gedächtnisses und Brom eine Beschleunigung des Addirens bewirkte.

6. Vergleichung von Tondistanzen. Die Untersuchung schliesst sich an die in diesen Berichten mehrmals berührte Controverse zwischen den Herren *Stumpf* und *Wundt* an. Die Grundfragen lauten: ist ausser der musikalischen Intervallvergleichung überhaupt eine subjective Vergleichung von Tonabständen möglich? und zwar: können wir musikalisch indifferente Tondistanzen mit einander vergleichen? und zweitens: können wir auch die Abstände klangverwandter Töne einer musikalischen vergleichenden

Digitized by Google

Betrachtung unterziehen, so dass zwei gleiche Intervalle in verschiedener Tonhöhe verschieden grosse Distanzen darstellen? Hr. *Münsterberg* untersuchte diese Probleme an zwei unmusikalischen und einem musikalischen Herrn mittelst des *Appun*'schen Tonmessers. Die Ergebnisse der drei Versuchspersonen stimmen gut zusammen und beweisen, dass von einer gesetzmässigen Gleichschätzung gleicher Schwingungszahldifferenzen bei reiner Distanzvergleichung nicht die Rede sein kann. Das Maximum der Gleichschätzung liegt zwischen dem Punkt des gleichen Schwingungsverhältnisses und dem Punkt der gleichen Schwingungsdifferenz und zwar verschiebt es sich von jenem Punkt zu diesem mit zunehmender Grösse der Normaldistanz. Für die Methode ergiebt sich aus *Münsterberg*'s Arbeit, dass reine Distanzvergleichung nicht durch Mittenbestimmung zwischen zwei Tönen, sondern nur durch Untersuchung mit vier Tönen zu gewinnen ist.

7. Grössenschätzung. Neuere Augenmaassvergleichungen hatten scheinbar ergeben, dass die Vergleichsgrösse, die einer gegebenen Grösse bei verschiedenen Entfernungen gleich erscheint, mit der Entfernung wachse. Hr. *Münsterberg* hat nun experimentell geprüft, ob unser Armmaass eine absolute Grössenschätzung vermittelt oder nicht, d. h. ob im letzteren Falle z. B. eine auf frontal gestellter Wand stets gleich lang zu ziehende Linie mit abnehmender Entfernung sich stetig verändere. Es zeigte sich bei ähnlichen genauen Versuchen, dass oft die Strecken bei wachsender Entfernung grösser gemacht werden, und im Zusammenhang mit des Verfassers Augenmaassexperimenten folgt daraus, dass die unmittelbare Grössenschätzung im Gesichtsfeld durch die Entfernung des Objectes vom Auge nicht beeinflusst wird.

8. Mitbewegungen. Stehen unsere Arme in einer ähnlichen natürlichen Wechselbeziehung, wie sie das Zusammenwirken der beiderseitigen Athmungs-, Kau-, Schluckmusculatur u. s. w. zeigt? Man denke an die linkshändige Spiegelschrift und *Soltmann*'s Untersuchungen hierüber. Prof. *Münsterberg* leitete die Untersuchung so, dass eine Versuchsperson regelmässige periodische Armbewegungen mit beiden Händen willkürlich auszuführen begann, dann ihre Aufmerksamkeit theilweise oder vollkommen von der Bewegung abgelenkt und nun beobachtet wurde, ob sich bei abgelenkter Aufmerksamkeit der Typus der Bewegungen veränderte. Die Resultate sind: a) eine angeborene symmetrische Coordination der Extremitätenmuskeln existirt nicht; b) jede starke Armbewegung der einen Seite wirkt als Reiz für die Auslösung derjenigen Armbewegung an der andern Seite, welche am besten geeignet ist, überflüssige Mitbewegungen des Körpers aufzuheben und so zu möglichster Ersparniss an Muskelarbeit führt.

9. Psychophysiologisches. Vorläufiger Bericht über Experimente, die den Zusammenhang zwischen seelischen Leistungen und Kreislaufsverhältnissen im Gehirne ermitteln sollen.

10. Lust und Unlust. Auf Grund eigener Versuche behauptet

Digitized by Google

Hr. *Münsterberg*, dass in der Unlust die Streckbewegungen wesentlich zu klein, die Beugebewegungen zu gross, und umgekehrt in der Lust die Beugebewegungen zu klein, die Streckbewegungen zu gross gemacht werden. Ueberhaupt aber sollen reflectorisch erzeugte Streckungen und Beugungen die Bedingung derjenigen Bewusstseinsvorgänge sein, die wir Lust und Unlust nennen.

Die Hauptgesetze des menschlichen Gefühlslebens. Von *Alfr. Lehmann*. Aus dem Dänischen übersetzt. — Leipzig, O. R. Reisland. 1892.

Diese von der Kgl. dänischen Akademie preisgekrönte Abhandlung macht den dankenswerthen Versuch einer Systematik der Gefühle und ihrer Gesetze. Der erste Abschnitt untersucht das Verhältniss des Gefühls zu Empfindung und Vorstellung und gelangt zu zwei Begriffsbestimmungen: emotionelle Elemente oder Gefühlstöne sind die psychologischen Abstractionen, Lust und Unlust, von den intellectuellen Zuständen isolirt gedacht und durch ihren Gegensatz zu diesen charakterisirt; Gefühle sind die reellen psychischen Zustände, welche sowohl intellectuelle wie emotionelle Elemente enthalten. Dass ein Gefühlston, dieser sei nun Lust oder Unlust, nie ohne eine wenn auch noch so schwache Empfindung vorkommt, sucht Hr. *Lehmann* durch Experimente über die an den Druck- und Temperaturpunkten der Haut erzeugbaren Schmerzen nachzuweisen. Auch die pathologischen Erfahrungen (Schmerzverlangsamung u. s. w.) lassen sich seiner Ansicht nach so erklären. Im zweiten Abschnitt wird das Verhältniss der Gefühle zu den körperlichen Zuständen behandelt, vornehmlich im Anschluss an *Mosso*, *Féré* und *Lange*, aber auf Grund eigener Versuche. Danach ist anzunehmen, dass diejenigen Störungen des normalen Vorstellungsablaufes, welche die normalen Gemüthsbewegungen begleiten, hauptsächlich aus Innervationsänderungen der Blutgefässe des Gehirns entstehen, durch welche die centrale Nerventhätigkeit erhöht oder gehemmt wird. Diese Störungen sind also nicht als directe psychische Wirkungen des primären Gefühls und noch weniger als ursprüngliche Ursache der übrigen Phänomene der Gemüthsbewegungen zu betrachten. Im Allgemeinen ist die Beziehung zwischen den Gefühlen und dem Körper die, dass jene die seelischen Ergebnisse des Verhältnisses zwischen den im gegebenen Augenblick von dem arbeitenden System erforderten Energieverbrauch und der Energiezufuhr durch die Ernährungsthätigkeit sind. Was die Betheiligung der Muskeln angeht, so lässt sie sich besonders deutlich bei den Affecten d. h. bei gewaltsamen, aber schnell verlaufenden Gefühlszuständen studiren. Im Schreck sind die Innervationserhöhung der Vasomotoren und die der willkürlichen Muskeln nebengeordnet, indem sie aus derselben Ursache, dem ursprünglichen Reiz entspringen. In der Freude und dem Kummer scheinen die Störungen der Vasomotoren die Ursache der anderen motorischen Veränderungen zu sein. Im Zorn rühren die vasomotorischen Störungen wahrscheinlich von dem Reize selbst her, wäh-

Digitized by Google

rend die erhöhte Innervation der quergestreiften Muskeln als eine willkürliche Innervationsänderung zu betrachten ist; die Incoordination der Muskelbewegungen ist wohl zunächst der gleichzeitigen Gefässverengerung und der damit folgenden Hemmung des Vorstellungslaufes, besonders der Bewegungsvorstellungen, zuzuschreiben. Und in der Erwartung, Hoffnung und Furcht scheinen beide zuletzt genannten Ursachen der Innervationsänderungen der quergestreiften Muskeln sich im Verein geltend zu machen.

Der zweite Haupttheil des Buches entwickelt die speciellen Gesetze der Gefühle. Sie sollen feststellen: welche Faktoren haben Einfluss auf ein gegebenes Gefühl bestimmter Art und wie variirt das Gefühl unter dem Einfluss dieser bestimmten Factoren? Das Gefühl ist einmal von der Stärke, zum andern von der Zeitdauer der gefühlsbetonten Vorstellung abhängig, mag diese Vorstellung continuirlich oder intermittirend auftreten. Auch unter einander bedingen sich die Gefühle mit Gesetzmässigkeit, und zwar sind es hauptsächlich ein Contrast-, ein Folge-, ein Uebereinstimmungs- und ein Versöhnungsgesetz, die der Hr. Verf. aufstellt. Dazu kommen die bekannten Summations- und Aggregationsnormen, sowie das *Bernoulli*'sche Gesetz, dessen genaueste Fassung lauten dürfte: Der subjective Befriedigungswerth eines objectiven Quantums der Güter ist der Summe der von dem betreffenden Subject besessenen Güter umgekehrt proportional (Grotenfelt). Obgleich schon gegen den Inhalt und besonders gegen die übergrosse Anzahl der von Hrn. *Lehmann* aufgestellten Gefühlsgesetze mancherlei Einwendungen zu erheben wären, so wird die Kritik sich doch am wenigsten mit dem das Werk abschliessenden Beitrag zur Systematik der Gefühle einverstanden erklären können. Hier fehlt die so nothwendige Schärfe der psychologischen Analyse. Das Wesen der Stimmungen, das von dem Reichthum oder der Armuth, von der Constanz oder Variabilität der Gefühle abhängt, ist ebenso wenig erkannt wie die psychische Structur der Affecte, die stets mit dem Gefühl der Ueberraschung beginnen und mit einer gegenseitigen Wechselwirkung von Geist und Körper enden. Die Eintheilung der Gefühle hätte sich am zweckmässigsten auf das befriedigte oder unbefriedigte Verlangen gestützt — Voluntarismus an Stelle des Intellectualismus! — und die verschiedenen menschlichen Bedürfnisse zum speciellen Eintheilungsgrund genommen. Dann wäre auch die überaus wichtige Klasse der ästhetischen Gefühle weniger stiefmütterlich behandelt worden, als es durch den Hrn. Verf. geschieht. Ihr unterscheidendes Merkmal ruht darin, dass die ihnen zu Grunde liegenden Gegenstände lediglich eine seelische Function auslösen: sie sind irreale, scheinhafte Gefühle, die alle anderen Gefühle im Spiegelbilde wiederholen können, daher geringe Intensität und ein noch viel geringeres Beharrungsvermögen besitzen. Indessen, die Lehre von den Gefühlen steht überhaupt auf einem so niedrigen Niveau, dass man Hrn. *Lehmann* aus solchen Mängeln keinen allzu herben Vorwurf machen darf; sein Buch ist entschieden tüchtig und förderlich und wird

Digitized by Google

zu weiteren Untersuchungen anregen. Da augenblicklich in England und Amerika die Psychologie der Gefühle lebhaft betrieben wird, wäre eine Uebertragung ins Englische gewiss empfehlenswerth. Die deutsche Uebersetzung ist weder hervorragend gut, noch hervorragend schlecht.

Zur Theorie des Wiedererkennens. Eine Replik von *Harald Hoeffding*. — Philos. Stud. VIII, 1 S. 86—96. 1892.

Die Erwiderung richtet sich gegen die früher in diesen Berichten erwähnten Ausstellungen *Lehmann*'s an des Verf.'s Theorie, berührt aber auch abweichende Auffassungen anderer Psychologen z. B. *Wundt* und *James*.

Zur Chronometrie des Erkennungsactes. Von *E. B. Titchener*. — Phil. Stud. VIII, 1 S. 138—144.

Die Versuche beruhen auf einer strengen Durchführung des zwischen den sog. sensoriellen und musculären Reactionen bestehenden Unterschiedes und beziehen sich blos auf Lichtreize. In tausendstel Secunden ausgedrückt sind die Differenzen bei den drei Versuchspersonen W., M., T. durchschnittlich folgende:

	W.	M.	T.
Unterschied zwischen sensorieller und musculärer Reaction	81,4	84,4	97
Zeit für die Erkennung einer Farbe	29,5	30,2	28,1
Für die Erkennung eines Buchstaben	53,5	52,7	51,5
Für die Erkennung eines kurzen Wortes	51,8	50,1	45,3.

Ein neuer Apparat zur Controle zeitmessender Instrumente. Beschrieben von *O. Kuelpe* und *A. Kirschmann*. — Philos. Stud. VIII, 1 S. 145—172.

„Das *Hipp*'sche Chronoskop, dessen man sich in psychologischen Instituten zur Messung kleiner Zeiten zu bedienen pflegt, hängt in seiner Function wesentlich von der Intensität des elektrischen Stromes ab, die zur Erzeugung des den Zeigerstand beherrschenden Magnetismus erforderlich ist, sowie von der Spannung der der anziehenden Kraft des Elektromagnetes entgegenwirkenden Spiralfeder. Die absolute Zeit, welche das Chronoskop angibt, ist deshalb stets mit einem Fehler behaftet, der positive und negative Werthe annehmen kann." Es ist deshalb nöthig, zur Elimination der Fehler einen Controlapparat anzuwenden. Die älteren Instrumente: der *Hipp*'sche Fallapparat, das *Cattell*'sche Fallchronometer, der *Lange-Wundt*'sche Controlhammer und *Jastrow*'s kleines elektromagnetisches Hülfsmittel genügen nicht. So hat denn Herr *Wundt* einen neuen Controlhammer herstellen lassen, der von den Verfassern mit ausserordentlicher Genauigkeit — aber leider nur an einem Chronoskop älterer Construction — geprüft und für gut befunden worden ist. Die Einzelheiten lassen sich im Referat nicht wiedergeben.

Digitized by Google

Theoretische und experimentelle Begründung der Fehlermethoden. Von Dr. *Julius Merkel*. — Phil. Stud. VII, 4 S. 558—629 und VIII, 1 S. 97—137.

Verf. theilt die psychologischen Methoden in zwei Hauptgruppen ein, die er mit den Namen Verhältniss- und Unterschiedsmethoden belegt. Die erste Gruppe zerfällt in die Methoden der unmerklichen Reizverhältnisse (Herstellung gleicher Reize), der ebenmerklichen Verhältnisse (Methode der kleinsten, ebenmerklichen und der minimalen Unterschiede) und der übermerklichen Verhältnisse (Methode der Herstellung des p-fachen Reizes oder des p-ten Theiles von einem Reize, Methode gleicher Verhältnisse). Zur zweiten Gruppe würde nur die Methode der mittleren Abstufungen gehören, bei welcher der gesuchte Reiz gleichzeitig mit zwei anderen Reizen verglichen wird, nicht wie sonst stets blos mit einem andern. Während diese Unterscheidung lediglich das zu erreichende Ziel berücksichtigt, ist eine andre Eintheilung nöthig hinsichtlich des Weges, auf dem das Ziel erreicht werden kann. Hier bieten sich nach Hrn. *Merkel*'s Ansicht zwei neue Hauptklassen dar, nämlich die Abstufungs- und Fehler-Methoden. Jene zerfällt in das einfache Verfahren des Probirens und in die Anwendung minimaler Aenderungen, mittelst deren man sich von einer oder zwei Seiten her dem gesuchten Werth nähert; diese besteht erstens in der Ausführung zahlreicher Versuche und der Benutzung des Mittelwerthes sowie der Abweichungen vom Mittelwerthe, zweitens in der Berechnung eines bestimmten Reizverhältnisses aus Versuchen bei einem beliebigen Reizverhältniss (Methode der richtigen und falschen Fälle), und drittens in der Berechnung eines bestimmten Reizverhältnisses aus Versuchen bei zwei beliebigen Reizverhältnissen (Methode der Gleichheits- und Ungleichheitsfälle). Die beiden zuletzt genannten Verfahrungsweisen werden nun ausführlich und mit Hülfe mathematischer Formeln von dem Hrn. Verf. behandelt. Zur experimentellen Begründung dient eine Kritik neuerer Arbeiten, namentlich der von *Higier* über den Raumsinn der Netzhaut und der von *Lorenz* über die Auffassung von Tondistanzen.

Eine neue Theorie der Lichtempfindungen. Von *Christine Ladd-Franklin*. — Zeitschr. f. Psychol. IV, 3 S. 212—221. 1892.

Nach einem Hinweis auf die Dunkelheiten, die in der Theorie der Lichtempfindungen noch walten, und einer Kritik der *Helmholtz*'schen und *Hering*'schen Lehren skizzirt die Verfasserin ihre eigene Anschauung. Danach vollzieht sich der Verbindungsprocess zwischen den physikalischen und psychischen Vorgängen bei der Lichtempfindung als Dissociation zweier Arten von Molekülen, der „Graumoleküle" und der „Farbenmoleküle". Es gibt drei Grund(farben)empfindungen; die Weissempfindung aber ist nicht — wie bei *Helmholtz* — eine Mischung von Farbenempfindungen, sondern durch einen selbständigen Process verursacht, der jedoch auch entsteht, sobald die farbigen Processe in gleicher Menge vorhanden sind.

Digitized by Google

Von der *Hering*'schen Theorie unterscheidet sich die neue Auffassung dadurch, dass ihr zufolge die Grundfarbenprocesse sich zum Weissprocess zusammensetzen, anstatt sich einander aufzuheben und diesen dann übrig zu lassen. Die aufgestellte Hypothese soll nicht endgültig sein, sondern „eine symbolische Darstellung einer Hypothese von der Form, wie sie unseren logischen Anforderungen einigermaassen genügen kann".

***Schumann, F.*, Ueber die Schätzung kleiner Zeitgrössen. — Ztschr. f. Psychol. IV, 1/2.**

Wie sich aus der Selbstbeobachtung ergibt, stützen wir uns beim Vergleichen kleiner Zeitgrössen auf die Nebeneindrücke der Spannung der Erwartung und der Ueberraschung. Unsere sinnliche Aufmerksamkeit stellt sich sowohl auf eine Reihe gleicher aufeinander folgender Intervalle ein als auch auf zwei verschiedene, unmittelbar einander folgende Intervalle, was physiologisch darauf zurückgeht, dass den „sensorischen Centren" (!) eine Tendenz zu einer automatischen Thätigkeit in bestimmten Zwischenräumen eingeprägt werden kann. Diese Anschauung hat sich dem Hrn. Verf. aus Versuchen mit einem neuen Apparat ergeben, aus Versuchen, die hauptsächlich nach der Methode der richtigen und falschen Fälle angestellt worden sind. Die umfangreiche Studie enthält ausserdem eine Uebersicht über die älteren Untersuchungen des behandelten Problems.

***Dessoir, Max*, Ueber den Hautsinn. — Arch. f. Anat. u. Physiol. 1892. Heft 3/4.**

Diese Abhandlung enthält die beiden ersten Theile der ganzen Untersuchung, die auf vier Abschnitte berechnet ist. Der erste Theil liefert einen Beitrag zur Lehre von den Empfindungen überhaupt. Erkenntnisstheoretisch betrachtet sind Empfindungen Zeichen für die Vorgänge der äusseren und der inneren Welt, psychologisch angesehen lassen sie sich in ihren Inhalt und in den Act des Empfindens zerlegen. Sie sind keine Grösse, weder eine extensive noch eine intensive. Ihre Haupteigenschaft ist die Intensität; die Qualität wird erst bei der Wahrnehmung, die natürlich auch der Intensität nicht entbehrt, bedeutungsvoll. Nach diesen Bestimmungen werden alsdann die für die Psychologie des Hautsinnes besonders wichtigen Mitempfindungen, Nachempfindungen und Reflexe untersucht und in neuer Weise eingetheilt. Hieran schliesst sich der ausführliche Versuch einer Widerlegung des Gesetzes der specifischen Energien. Was an der herrschenden Theorie richtig ist, beschränkt sich darauf, dass ein bestimmtes Nervengebilde immer nur eine bestimmte Wahrnehmungsart liefert, falsch dagegen ist, dass ein und derselbe Reiz diese verschiedenen Wahrnehmungen hervorbringen könne und dass eine Mehrheit von Reizklassen (besonders Sinnes- und elektrischer Reiz) eine und dieselbe Wahrnehmungsart erzeuge. Der zu Gunsten des genannten Gesetzes häufig verwerthete Thatbestand der „Objectivirung" wird ferner zerlegt in Exter-

Digitized by Google

nalisation, excentrische Projection und Localisation; und schliesslich wird folgende Classification der „Sinne" vorgeschlagen. 1. Totalempfindungen (Wohl- und Uebelbefinden u. dgl.), 2. Organempfindungen (Hunger, Ekel, Wollust u. dgl.), 3. Irradiationsempfindungen (Kitzel, Schauder u. s. w.), 4. Summationsempfindungen (Druck, Temperatur, Schmerz), 5. Centralempfindungen (Riechen, Schmecken, Hören, Sehen).

Der zweite Abschnitt enthält experimentelle Untersuchungen über den Temperatursinn. Der Temperatursinn ist eine einheitliche, zu den Summationsempfindungen gehörende Wahrnehmungsmodalität mit zwei Qualitäten, die sich in wachsender Grösse von einem Nullpunkte entfernen. Der Versuch, aus vivisectorischen und pathologischen Beobachtungen eine Trennung in zwei Modalitäten herzuleiten, ist ebenso wenig geglückt wie der Versuch, zwei verschiedene Endapparate nachzuweisen. Die „Temperaturpunkte" sind ein Kunsterzeugniss. Ob wir Wärme oder Kälte fühlen, ist nicht davon abhängig, ob ein Wärme- oder Kältepunkt von einem beliebigen Reize getroffen wird, sondern davon, welcher Reiz auf den einheitlichen Endapparat einwirkt. — Erkrankungen der peripheren Nerven, des Rückenmarkes und des Gehirns, sowie die Wirkungen einzelner Arzneimittel lehren, dass der Temperatursinn in einem bestimmten Umfange unabhängig von den übrigen Sensibilitätsmodalitäten ist und am nächsten dem Schmerze steht. Gegen diese Unabhängigkeit sprechen auch nicht die Interferenzerscheinungen zwischen Druck- und Temperaturempfindungen: im Gegentheil, der Umstand, dass diese Phänomene nur ausnahmsweise auftreten und gewöhnlich eine sehr deutliche Sonderung zwischen beiden Wahrnehmungen besteht, ist ein Beweis für die Unabhängigkeit beider Bewusstseinszustände. Was das zeitliche Verhältniss zwischen ihnen und dem Schmerz betrifft, so scheint Folgendes festzustehen: Reizung einer mittelempfindlichen Hautstelle durch Kälte von -10^0 C. lässt ungefähr $^3/_{10}$ Secunden zwischen Druck- und Temperaturempfindung, Wärme von $+40^0$ C. etwa $^6/_{10}$ Secunden verstreichen; das Intervall zwischen Wärme- und Schmerzgefühl schwankt je nach der Stärke des Reizes von 7 Secunden bis hinunter zu $^1/_{10}$ Secunden.

Waller, Aug., **Ueber die „Hemmung" willkürlicher und elektrisch hervorgerufener Mukelcontractionen durch periphere Reizung. — Brain 1892.**

Zweck der vorliegenden Arbeit ist zu untersuchen, ob für die Skelettmusculatur die Existenz von Hemmungs-Nervenfasern anzunehmen ist. Dies sei zu verneinen, wir hätten kein Recht zu der Annahme, dass Hemmungsimpulse zu willkürlichen Muskeln gelangen, weder durch die gewöhnlichen motorischen Bahnen noch durch besondere Hemmungsfasern. Für das Vorhandensein solcher Fasern fehle jeder Beweis. Der Aufsatz enthält zahlreiche Tabellen und Tafeln, ohne deren Beifügung eine Besprechung der Untersuchungsmethoden unverständlich sein würde. ***Matusch.***

Digitized by Google

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: v. Krafft-Ebing-Wien.

***Marandon de Montyel*, Ueber sogenannte verbrecherische Irre. — Annales médico-psychol. Mai-Juni.**

Zurückweisung der Zusammenwerfung von Verbrechen und Wahnsinn. Die Biologie der Menschen weist 3 Erscheinungsformen auf: Vervollkommnung, Degeneration, Rückschlag. Sie haben jede ihre körperlichen und psychischen Stigmata. Der Repräsentant der 2. Erscheinungsform ist der geistig körperlich Degenerirte (Irre), der der 3. ist der geborene Verbrecher, also eine atavistische Erscheinung!

Zwischen 2 und 3 gibt es Uebergangs- und Mischformen, daher die praktische Schwierigkeit ihrer Trennung. Der verbrecherische Irre ist Typus einer Mischform von Degeneration und Regression. Zur differentiellen Diagnostik sind die Degenerationszeichen einer und die Rückschlagszeichen wie sie *Lombroso* bezüglich des delinquente nato nachwies, heranzuziehen.

Verf. plädirt für Specialasyle zur Verwahrung der criminellen Irren in obigem Sinne.

***Baker, John*, Some points connected with Criminals. — Journ. of ment. Juli.**

Verf. entwickelt den Gedanken, dass sich die Verbrecher, nach ihrer geistigen Beschaffenheit betrachtet, in Gruppen sondern lassen, die einen stufenweisen Uebergang vom „geistig gesunden" Gelegenheits-Verbrecher zu dem irren Verbrecher darstellen. An Daten bringt der Verf. die Ergebnisse eigener Untersuchung an 25 Sträflingen bei, die er als schwachsinnig und körperlich degenerirt bezeichnet. In der Ascendenz fand sich bei den einzelnen Fällen Alkoholismus, Geistesstörung, Epilepsie und Tuberculose. 23 waren selbst Säufer, 6 Epileptiker. Als Beleg für ihre körperliche Deterioration führt Verf. an: Syphilis (6 Fälle), Meningitis (1), Rheumatismus (2), Varices (6), Vitium cord. (1), Hemiplegie (1), „Atrophie der Scapular-Muskeln" (1). Die Schädel zeigten diverse Irregularitäten, unter anderem fast durchgehends schwach entwickelte Unterkiefer. Das hervorstechendste Moment war Difformität des Gaumens, der nur in sechs Fällen normal genannt werden konnte. In 19 Fällen war der Gaumen schmal, in 5 Fällen V förmig, in 2 sattelförmig, in den übrigen Fällen „bildeten die beiden Kieferbogen ein enges flaches Dach". Grosse und kleine Ohren fanden sich in nahezu gleichem Verhältnisse vor. Das Gehör war im Allgemeinen gut, in 7 Fällen war „Sehschwäche" vorhanden. Hypaesthesie und Hypalgesie bestand in den meisten Fällen; was Verf. überhaupt als Regel bei Verbrechern betrachtet. — Die theoretischen Aus-

Digitized by Google

führungen des Verf. sind nur skizzenhaft und lassen psychologische Analyse — für diese Fragen wohl unerlässlich — und Präcision allzusehr vermissen. *Boeck.*

Giraud, **Der dritte internationale Congress für Criminalanthropologie in Brüssel. — Annales médico-psychologiques. November, December.**

Wesentlich referirende Darstellung der Arbeiten des Congresses. Auffallend auf der Brüsseler Versammlung war das Nichtvertretensein der italienischen Schule, deren Anschauungen mehrfache Bekämpfung und auch theilweise Widerlegung fanden.

Laurent, **Die Krankheiten des Willens bei den Verbrechern. — Annales médico-psychologiques. November, December.**

Verf. knüpft an *Joly*'s Ausspruch an: „Ein Wille, der verbrecherisch wird, ist ein kranker Wille." Das Verbrechen ist ein Nonsens, denn es macht nicht glücklich, schafft nur die Mittel zu flüchtigem Genuss ohne Arbeit und dieser steht nicht im Verhältniss zur meist folgenden Strafe.

Eine wichtige Ursache für Bettel, Vagabondage und gewisse Kategorien von Diebstahl ist eine Schwäche des Willens, die den meist geistig Inferioren verhindert zu arbeiten und überhaupt den Kampf ums Dasein aufzunehmen.

Dieser Kategorie von Parese des Willens reiht sich eine andere an, wo die coordinative hemmende Leistung des Willens mächtigen Instincten und daraus resultirenden Impulsen nicht gewachsen ist. Dahin gehören eine grosse Zahl von Mord, Nothzucht, Gewaltthat. Das impulsive Irresein und der Alkoholismus spielen hier eine hervorragende Rolle.

Im Grossen und Ganzen ist das Verbrechen nur die Folge einer pathologischen Verfassung des Willens. Man kann die Verbrecher eintheilen in torpide und reizbare (inertes et impulsifs) Individuen.

Die Vagabunden und Professionsbettler sind vermöge Willensschwäche zum Kampf ums Dasein unfähige (vielfach durch Geistesschwäche) Naturen.

Die Diebe stehlen instinctiv oder aus Arbeitsunlust oder aus sonst unerfüllbarem Drang nach Genüssen (sexuelle und alkoholische in erster Linie).

Die Mörder zerfallen in 2 Klassen:

1. Diebe, die, moralisch depravirt, schliesslich nicht vor dem Mord als Mittel zum Zweck (Geld als Mittel zur Befriedigung von Bedürfnissen) zurückschrecken;

2. impulsive Mörder. Sie sind fast immer Neurastheniker und oft erblich belastete. Verf. rechnet hierher auch die im Affect zu Todtschlägern Gewordenen und die Mörder aus Rache. Besonders häufig entspringt diese aus getäuschter oder verrathener Liebe.

Digitized by Google

Artificiell kann der Wille paralysirt werden durch Alkohol, Morphiumabusus, Hypnose. Verf. glaubt nicht an die praktische Bedeutung sog. hypnotischer suggerirter Verbrechen. Viel bedeutsamer und criminalpsychologisch wichtiger erscheint ihm die Wachsuggestion bei intellectuell Schwachen oder moralisch defecten Individuen.

Aubry, **Eine Verbrecherfamilie, als Beitrag zur Hereditätslehre. — Ebenda. November, December.**

Interessanter Stammbaum einer bretonischen Familie (Kerangal), in welcher durch Generationen hindurch (seit 1774) Diebstahl, Incest, Prostitution, Mord, Brandstiftung, Selbstmord vorgekommen war. Innerhalb derselben ein Zweig, dessen Angehörige durch seltenes artistisches Talent sich auszeichneten.

Camuset, **Ein geisteskranker Mörder. — Archiv. de Neurologie XXIII. No. 68 (März).**

Jeder Geisteskranke kann unter Umständen dem Leben seiner Mitmenschen gefährlich werden. Bekannt ist die Geschichte eines alten harmlosen Blödsinnigen, der seinen Nachbar tödtete, weil er ihm durch allzu lautes Schnarchen den Schlaf störte.

Es gibt aber gewisse Zustände von Irresein, in denen man vorweg Gewaltakte gegen das Leben der Anderen zu besorgen hat. Verf. rechnet dahin in erster Linie die Paranoiker im Verfolgungswahn, dann die Epileptiker, Imbecillen und die Halbidioten.

Die Erfahrungen des Verf. über Motivirung und Modus procedendi beim Paranoiker und Epileptiker bestätigen die von Anderen gemachten. Die Mordthaten Imbeciller finden auf Grund transitorischer Anfälle von Geistesstörung statt oder sind Affecthandlungen aus Rache, Eifersucht u. s. w.

Verf. gibt eine interessante Beobachtung eines Halbidioten, der bis zu seinem 35. Jahr als ganz harmlos galt, bis er ein Mädchen von 13 Jahren anfiel, es nothzüchtigte und ihm dann 3 Messerstiche in den Leib versetzte. In der jahrelangen folgenden Beobachtung in der Irrenanstalt constatirte man, dass er kein Epileptiker und wieder so harmlos wie früher war. Für die isolirte Episode der Nothzucht und des Mordversuchs bewahrte er nur eine ganz vage Erinnerung.

Nicht selten ist Tödtung im alkoholischen Irresein. Der Kranke tödtet hier auf Grund von schreckhaften Hallucinationen und Illusionen in vermeintlicher Nothwehr.

In anderen Fällen motivirt die Gewaltthat beim vorgeschrittenen Alkoholisten ein Zornaffect oder Eifersuchtswahn.

Eine weitere Gruppe von Todtschlägern sind degenerative Typen des Irreseins mit Zwangsvorstellungen und krankhaft impulsiven Antrieben, ferner mit Episoden von Verfolgungsdelir.

Digitized by Google

„Insane Criminals in Belgium." — Journal of mental science. April.

Bericht über die von der belgischen Regierung im Vorjahre durchgeführte Einrichtung eines permanenten psychiatrischen Dienstes für die sämmtlichen Gefängnisse. Die Strafanstalten wurden in 3 Districte eingetheilt, deren jedem ein psychiatrischer Experte vorsteht, unter verantwortlicher Leitung einer fachlichen Central-Stelle.

Der Experte untersucht und beobachtet die auf Geistesstörung suspect gewordenen Gefangenen, berichtet an die Centralstelle und stellt eventuell ein Krankheitszeugniss aus.

Zu Experten für die 3 Distriste wurden ernannt: Dr. *Jules Morel* vom Hospital Guislain, Gent (zugleich Vorsitzender), Dr. *Masoni*, Prof. der Universität zu Löwen, und Dr. *Semal*, Director der Irrenanstalt Mons.

Boeck.

***Garnier*, Die Verpflichtung des Untersuchungsrichters zur Berücksichtigung des Geisteszustands bei gewissen Gefangenen. — Annales d'hygiène publ. 28. Bd. No. 5. November.**

Geläuterter, vorgeschrittener und geachteter Standpunkt der heutigen gerichtlichen Psychopathologie.

Verf. hat als Arzt der Krankenabtheilung des Dépôt de la Préfecture in 5 Jahren 255 Verurtheilte zugeführt bekommen, deren geistige Krankheit verkannt worden war. Es befanden sich darunter zu 40 pCt. Paralytiker! Verf. weist mit Genugthuung darauf hin, dass in Belgien jeder Verurtheilte einer gerichtlich psychiatrischen Revision unterworfen werden muss. Nicht minder werthvoll wäre eine ärztliche Beobachtung der in Untersuchungshaft befindlichen.

Wie präoccupirt und laienhaft die richterlichen Personen zweifelhaften Geisteszuständen gegenüberstehen, zeigt Verf. u. a. an folgendem Fall: Ein Paralytiker in vorgeschrittenem Stadium, mit Amnesie, Verwirrtheit und Sprachstörung hatte eine plumpe Fälschung begangen. Seine geistige Störung wurde en bagatelle, seine Sprachstörung als willkürlich angenommene beurtheilt, der Kranke zu 5 Jahren verurtheilt. Schon 4 Tage nach Antritt seiner Strafhaft musste er der Irrenanstalt zugeführt werden, wo er in blühendem Grössenwahn ankam. Ein Gesuch um Wiederaufnahme des Strafverfahrens war ohne Erfolg!

Solcher Verkennung von Geistesstörung kann nur begegnet werden durch Ueberwachung des Geisteszustands von Untersuchungsgefangenen seitens psychiatrisch gebildeter Gefängnissärzte oder durch Bekanntmachung der Untersuchungsrichter mit den Grundthatsachen psychiatrischer Wissenschaft.

Digitized by Google

***Semal*, Die moralische und juridische Zurechnungsfähigkeit als Gegenstand ärztlicher Expertise. — Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique No. 61.**

Verf. kommt am Schlusse einer lesenswerthen Untersuchung über die Stellung und Aufgabe des Gerichtsarztes in Fällen zweifelhafter Zurechnungsfähigkeit zu folgenden Thesen:

1. Der Gerichtsarzt hat mit der Frage der moralischen Zurechnungsfähigkeit ebenso wenig etwas zu thun als

2. mit der nach der criminellen Verantwortlichkeit.

3. Diese kann nicht a priori, sondern nur aus den Thatsachen der Untersuchung und Verhandlung erschlossen werden.

4. Die Aufgabe des Experten ist es, ausschliesslich den psychischen Status eines Angeklagten tempore delicti klarzustellen, als integrirenden Bestandtheil des richterlichen Beurtheilungsmaterials.

5. Es genügt nicht der Nachweis vorhandener oder fehlender geistiger Krankheit oder der eines psychischen Zwangs, dem der Angeklagte nicht widerstehen konnte. Auch der Einfluss, welchen pathologische Zustände auf den Thäter übten, sollte festgestellt werden.

6. Das Gutachten sollte nichts enthalten, was auf Strafminderung oder -Schärfung abzielt.

7. Wohl aber sind Hinweise wünschenswerth, aus denen hinsichtlich der Besserungs- und Gemeingefährlichkeit des Angeklagten richterliche Anhaltspunkte sich ergeben (im Sinne der Unterbringung in Gefängnissasylen, Specialasylen).

8. Die richterliche Fragestellung hat sich thunlichst auf den Wortlaut des Zurechnungsparagraphen (§ 71 Belgien) zu stützen und soll ungefähr so lauten: es möge ermittelt werden, ob N. N. zur Zeit der That geisteskrank oder einem (psychischen) Zwang unterworfen war, dem er nicht widerstehen konnte.

Wenn dies nicht der Fall, zu ermitteln den eventuellen Einfluss pathologischer Zustände auf die strafbaren Handlungen und Maassregeln anzugeben, die im Interesse des Verbrechers und der öffentlichen Sicherheit wünschenswerth wären.

***Tigges*, Die Stellung der Psychiatrie zum geltenden Strafgesetz und zu den strafrechtlichen Reformbestrebungen. — Irrenfreund 1892. No. 1 u. 2.**

Interessanter, lesenswerther, im Auszug nicht mittheilbarer Aufsatz.

***Moyer, Harold*, Sachverständige und sachverständiges Zeugniss. — The Alienist and Neurologist, Bd. XIII No. 4.**

Schwierigkeit, Sachverständige und blose Zeugen von einander zu differenziren. Uneinigkeit der Begutachtung von Geisteskrankheit, weil

Digitized by Google

von ihr zur Geistesgesundheit fliessende Uebergänge bestehn. Die Medicin ist eben keine mathematische (exacte) Wissenschaft.

Mendel, **Zur Frage der Entmündigung der Geisteskranken und der Aufnahmebedingungen in eine Irrenanstalt. — Deutsche medicinische Wochenschrift. 8. September.**

Die öffentliche Meinung ist hinsichtlich des Irrenwesens beunruhigt. In einem von mehreren Professoren des Rechts und Mitgliedern des preuss. Landtags unterschriebenen Aufruf (Neue preuss. Zeitung von 9. Juli 1892) wird gefordert:

1. Entscheidung über jede Entmündigung wegen Geisteskrankheit durch eine Commission unabhängiger Männer, welche das Vertrauen ihrer Mitbürger geniessen.

2. Entscheidung über jede Internirung in eine Irrenanstalt durch eine ebensolche Commission. Nur in dringenden Fällen darf durch die Polizei oder den Nächstbetheiligten eine provisorische Ueberführung in eine Irrenanstalt vorgenommen werden.

3. Schärfere Controle der Irrenanstalten, insbesondere der privaten.

Ad 1. Alles schon dagewesen! Schon *Kant* und später *Regnault* haben den gesunden Menschenverstand zum Richter über zweifelhafte Geisteszustände eingesetzt und mancher Geisteskranke ist von diesem verurtheilt und hingerichtet worden: drastischer Beweis, dass der „gesunde Menschenverstand unabhängiger Männer" so schwierigen Fragen der Hirndiagnostik nicht gewachsen ist.

Ad 2. Unnöthige, den humanen Zwecken der Irrenanstalt abträgliche Maassregel! Unwahrscheinlichkeit, dass verbrecherische Freiheitsberaubung in einer Irrenanstalt bei den gegenwärtigen Bestimmungen möglich wäre. Der Aufruf kennt die Irren(heil)anstalten nur als Internirungshäuser! Mit Erschwerung und Verzögerung der Aufnahme wird die Heilbarkeit der Kranken gefährdet. Man sollte die Aufnahme in die Irrenanstalt erleichtern und nicht erschweren (Verf. bringt schlagende Beweise). Eine Jury zur Beurtheilung des Geisteszustands ist grausam, die Interessen der Kranken schädigend.

Ad 3 ist zu wünschen: Ganz besonders mangelhaft ist die hygienische Controle. Die Kreisphysici üben die Controle der Irrenanstalten nur gelegentlich, weil — die Mittel zu öfteren Revisionsreisen fehlen. Auch das ist ein Missstand, dass der Physicus das Aufnahmeattest ausstellt und, in Bezug auf die Nothwendigkeit der Aufnahme Controlperson, in der Regel sich nur selbst controlirt. Eine scharfe Controle der Privatanstalten liegt in deren eigenstem Interesse.

Verf. schlägt eine Controlcommission für jede Provinz vor, bestehend aus einem Staatsirrenarzt, dem Kreisphysicus des Bezirks und einem Juristen (Richter oder Mitglied der Staatsanwaltschaft). Eine bestimmte Mindestzahl von Revisionen wäre vorweg obligatorisch zu machen.

Digitized by Google

Das wären im Sinne des Aufrufs doch auch unparteiische Männer. „Freilich hätte jene Commission in den Augen der Unterzeichner des Aufrufs den Fehler, von der Angelegenheit, zu deren Entscheidung sie berufen wird, etwas zu verstehen."

Bornträger, Geistesgesund oder geisteskrank? — Aerztliche Rundschau (München) No. 51.

Verf. knüpft an die neuerlich in der Presse entstandene Agitation gegen die angeblich ungenügende Art der Geisteszustandsuntersuchungen an und findet die Ursache, warum über zweifelhafte Geisteszustände oft divergirende Gutachten zu Stande kommen, nicht in der Unwissenheit der Aerzte, sondern in der Eigenthümlichkeit des Gegenstands solcher Untersuchungen, den fliessenden Uebergängen von geistiger Gesundheit und Krankheit, der Unmöglichkeit, ein Normalmaass jener in Form eines Durchschnittsmenschen aufzustellen. Regelmässig entbrannte der Streit um Uebergangsstufen darstellende Fälle, wobei aber der Laie oft noch viel zu viel Licht sieht, da wo das kundige Auge schon tiefe Schatten der Krankheit erblickt. Man braucht nur die verschiedenen Stadien des Rausches zu studiren, um zu erkennen, wie schwer die Grenze zwischen noch halbwegs zurechnungs- und zwischen unzurechnungsfähigen Zuständen zu ziehen ist.

Verf. weist überzeugend nach, dass die Angriffe gegen die ärztliche Wissenschaft und ihre Vertreter ganz ungerechtfertigt sind und nur aus der Ignoranz ihrer Gegner und der Schwierigkeit des Gegenstands wissenschaftlicher Untersuchung entspringen. Wollte man solche Fragen Laien überlassen, so wäre dies ein unsinniger Rückschritt.

Forel, Das Recht im Irrenwesen. — Zeitschrift für Schweizer Strafrecht IV. Jahrg. Heft 4 u. 5.

Unter obigem Titel hat ein offenbar psychopathischer Autor ein Buch geschrieben, das *Pelman* (diese Zeitschr. 46, p. 534) schon gebührend beleuchtet hat. Ein unsinnigeres Buch über die Rechte der Irren und ihre angebliche Schmälerung ist schon lange nicht geschrieben worden, gleichwohl hat ein „angesehener" Schweizer Jurist, Dr. *P. Meyer* in der Zeitschrift für Schweizer Strafrecht jenem Autor (*Schröder*) theilweise Recht gegeben!

Die interessante Zurechtweisung und Belehrung, welche *Forel* diesem Hrn. Dr. *Meyer* angedeihen lässt, verdient im Original nachgelesen zu werden.

Ascher, Zur staatlichen Beaufsichtigung der Irrenanstalten. — Berlin, Karger's Verlag. 8. pp. 36.

Die vorliegende Brochure sei der Beachtung der Irrenärzte und Verwaltungsbehörde empfohlen. Sie schildert in klarer, sachverständiger Weise die gegenwärtige Art der Beaufsichtigung der öffentlichen und Privatirrenanstalten, ihre Gesichtspunkte, ihre Mängel und ihre Verbesserung.

Digitized by Google

Die bezüglichen Verbesserungsvorschläge sind folgende:

1. Einsetzung einer Centralbehörde für das preussische Irrenwesen, bestehend aus einem erfahrenen Irrenanstaltsleiter, einem höheren Verwaltungsbeamten und einem technischen Beirath.

Dieser Behörde obliegt ausser den sub 2 erwähnten Agenden, die Begutachtung aller Pläne hinsichtlich Neubau oder Umbau von Anstalten, die Aufsicht ob die von den verpflichteten Verbänden gemachten Aufwendungen für die Irrenpflege den Bedürfnissen genügen. Auch hat sie mit regem Interesse alle Neuerungen in der Irrenpflege zu verfolgen. Der Ordnung der Verflegsart geisteskranker Verbrecher und verbrecherischer Geisteskranker hat sie zunächst besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

2. Sie hat die öffentlichen Irrenanstalten in 5jährigen Zwischenräumen, die privaten mindestens 1 mal jährlich zu revidiren.

3. Das Aufnahmeverfahren ist möglichst zu vereinfachen. Erforderlich zur Aufnahme ist das Attest eines approbirten Arztes, das die Aufnahme der betr. Person in eine Irrenanstalt als nothwendig erweist.

Ausser den Polizei- und Gerichtsbehörden müssen die Ehegatten der Angehörigen, der Vormund, das Vormundschaftsgericht und die Armenpflege zur Aufnahmsrequisition berechtigt sein.

4. Ueber jede Aufnahme eines Geisteskranken hat die Anzeige an die Staatsanwaltschaft zu erfolgen. Eine Entmündigung der in öffentlichen Irrenanstalten untergebrachten Kranken hat nicht nothwendiger Weise zu erfolgen; die in den Privatanstalten befindlichen Geisteskranken müssen entmündigt werden, sobald sie als unheilbar erkannt sind, bezw. ihre Heilung binnen einer festzusetzenden Zeit nicht zu erwarten ist.

Giraud, Der Irrengesetzentwurf vor dem Conseil supérieur der Assistance publique. — Annales médico-psychologiques. Januar, Februar.

Die genannte Behörde fordert, dass unbemittelte Kranke binnen gewisser Zeit den öffentlichen Anstalten, deren genügende herzustellen sind, übergeben werden und nicht mehr in Privatunternehmungen Unterkunft finden. Die Zahl derer, welche so zu versorgen sind, beträgt 10000.

Die Anschauungen bezüglich der Ueberwachungscommissionen für die Anstalten nähern sich denen des Senats.

Abgelehnt werden die Stellen eines Departementsinspectors und eines Personalcurators. Die Bestimmungen wegen Aufnahme von Kranken werden im Allgemeinen acceptirt. Alle Aufnahmen sollen nur provisorisch sein und unter gewissen gesetzlichen Garantien erst definitiv werden. Die irren Verbrecher und verbrecherischen Irren können in besonderen Annexen der Strafanstalten Aufnahme finden bis zur Genesung oder bis zur Verbüssung der Strafzeit.

Digitized by Google

Lafont, Der Irrengesetzentwurf vor der Deputirtenkammer. — Ebenda. Mai, Juni.

Grosse Uebereinstimmung mit den Anschauungen der vorigen gutachtenden Corporation. Regelung der Ueberwachung der Irrenbehandlung ausserhalb der Anstalten. Die Grundsätze der Ueberwachung der Anstalten sind wesentlich conform dem Vorschlag von *Reinach*. Die weiteren detaillirten Vorschläge und Amendements gestatten keine auszugsweise Darstellung.

Garnier, S., Kritik des von dem Conseil supérieur der Assistance publique gemachten Irrengesetzentwurfs. — Annales médico-psychologiques. Mai, Juni.

Verf. erklärt es mit Recht als einen Fortschritt, dass man im Lauf der Berathungen über den Irrengesetzentwurf die Creirung von Departementalinspectoren und Personalcuratoren fallen liess und das Aufnahmsverfahren weniger schwer und bureaukratisch gestaltet hat. Das Gespenst der ungerechtfertigten Freiheitsberaubung mittelst Irrenanstalt könne man nie dem Publikum ganz vertreiben. Glücklicherweise sei es nur ein Gespenst. Auf die detaillirte Kritik der einzelnen Paragraphen des Entwurfs kann hier nicht weiter eingegangen werden. Die Kritik *Garnier*'s, als eines Fachmanns, ist eine der besten.

Kurella, Die öffentliche Fürsorge für Idioten. — Berliner klin. Wochenschrift, 25. Januar.

Die Novelle zum Unterstützungswohnsitzgesetz verpflichtet die Landarmenverbände für hülfsbedürftige Idioten (und Epileptiker) die früher, wenn sie als gemeingefährlich galten, in Irrenanstalten kamen, wenn nicht der Ortsarmenpflege zufielen, in geeigneten Anstalten zu sorgen. Die letzteren verkamen bis auf wenige, die in Instituten der „inneren Mission" Aufnahme fanden. Auf diese Institute und ihre zur Behandlung der armen Idioten „göttlich legitimirte" Leiter ist Verf. nicht gut zu sprechen.

Er weist auf die Bedeutung und Aufgaben der öffentlichen Fürsorge für Idioten hin, deren er für Preussen allein etwa 60000 herausrechnet. Die mangelhafte Beachtung und Erziehung der Idioten schafft viel Unheil und Schaden. Die europäischen Grossmächte des Contingents geben zusammen jährlich 176150000 M. für ihre Strafanstalten aus und kaum 35 Millionen Mark für Irren- und Idiotenanstalten.

Was Gesellschaft und Staat an der Erziehung „zurückgebliebener" Kinder (viele spätere Taugenichtse, Verbrecher, Corrigenden, Vagabunden, Arbeitsscheue sind originär Schwachsinnige) sparen, müssen sie später 10fach in den Kosten der Polizei, Rechtspflege und des Strafvollzugs wieder ausgeben!

Der Staat genügt nicht seiner Pflicht, indem er den dazu nicht ausreichenden Landarmenverbänden die Fürsorge für Idioten zuschiebt, in

Digitized by Google

dieser Frage nur einen Theil der Armenpflege sieht und nicht für entsprechenden Unterricht dieser zu solchem in den gewöhnlichen Schulen nicht Befähigten sorgt.

Auf das Detail der in dem sehr beachtenswerthen Aufsatz erstatteten Vorschläge zur Regelung der Idiotenfrage kann hier nicht eingegangen werden.

Chambard, Irrenunterstützung. — Annales médico-psychologiques. Juli, August.

Lesenswerther Aufsatz über Geschichte, Aufgaben und Bedeutung von in Frankreich zu gründenden Vereinen zur Unterstützung von aus Irrenanstalten Entlassenen.

Forel, Ueber Irrengesetzgebung. Vortrag im Verein schweizerischer Irrenärzte am 20. Juni 1892. — Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte No. 19.

F. betont die Nothwendigkeit eines Irrengesetzes und verliest einen, wenn auch nur flüchtig hingeworfenen, aber doch bereits formulirten in einzelne Paragraphen eingetheilten Entwurf für ein solches. Derselbe lässt die straf- und civilrechtlichen Fragen ganz bei Seite und behandelt ausschliesslich die Regelung der administrativen Verhältnisse; er verlangt Beaufsichtigung nicht nur der in Staatsanstalten, sondern auch der in Privatanstalten und Familienpflege befindlichen Irren; die Aufsicht wird einer ständigen Commission von grösstentheils psychiatrisch gebildeten Mitgliedern übertragen; dieselben sollen keinen andern Beruf haben und die Oberleitung des gesammten Irrenwesens übernehmen; dementsprechend müssen sie genügende Machtbefugnisse bekommen. — Der Entwurf ist im Wesentlichen dem schottischen Gesetz nachgebildet und erfordert seiner ganzen Organisation nach, dass die Irrenpflege nicht mehr den Cantonen überlassen bleibt, sondern dem Bund übertragen wird. *S.*

Meyhöfer, Zur conträren Sexualempfindung. — Zeitschr. f. Medicinalbeamte, V, 16.

Verf. theilt einen Fall homosexueller Neigung zwischen zwei weiblichen Personen mit. Zwei Frauenspersonen, ein Mädchen von 32 Jahren und eine Wittwe von 43 Jahren, mit 5 Kindern im Alter von 8—17 Jahren, welche mehrere Jahre hindurch in den engsten Beziehungen zu einander an einem Ort gelebt hatten, wurden plötzlich von einander getrennt. Zufällig wurde dann nach einigen Monaten bei der Zurückgebliebenen ein höchst interessanter Briefwechsel zwischen den beiden Personen aufgedeckt. Diese Briefe enthalten die Sprache glühendster sinnlicher Leidenschaft.

Der zweite Fall, den Verf. noch mittheilt, von geschlechtlicher Perversion ist ganz besonders interessant in Bezug auf die Art und Weise,

Digitized by Google

in welcher dem krankhaften Triebe nachgegeben wurde. Ein jüdischer Privatlehrer, geb. 25. Januar 1839, erblich disponirt, Vater war jähzornig, ein Bruder nervös, ein Bruder epileptisch, ein Bruder Idiot, ein Vetter blödsinnig; mässig beanlagt, körperlich sehr schwächlich, fast Zwergwuchs; war sich von je einer Abneigung und Impotenz gegenüber dem weiblichen Geschlecht bewusst. Wird zum Eingehen einer Ehe gezwungen, höchst unglückliche Ehe, nach 4 Jahren Trennung. 1872 tiefe geistige Verstimmung, Selbstmordversuche. Kaltwasserheilanstalt; Besserung. 1874 nach Görlitz, ertheilt Privatunterricht. 1877 wird ihm die Erlaubniss zum Unterrichtertheilen entzogen, weil er dringend verdächtig war, mit seinen Schülern unzüchtige Handlungen vorgenommen zu haben. 1878 in Berlin Untersuchung wegen mit Knaben vorgenommener unzüchtiger Handlungen. Begutachtung des Geisteszustandes, als geisteskrank erkannt. Bald danach wieder ertappt und abermals in die Charité geliefert, von da nach Dalldorf, am 31. August 1879 Irrenabtheilung des Siechenhauses in Görlitz. Wird entmündigt; bleibt vom 15. Juli 1880 bis 24. April 1888 in der Irren-Pflegeanstalt Plagwitz. Dann als ungeheilt, aber nicht gemeingefährlich entlassen. Kehrt nach Görlitz zurück, gibt wieder Privatunterricht. Nur kurze Zeit geordnetes Verhalten; bald aber wieder dasselbe anstössige Treiben wie früher. Er musste abermals in einer Anstalt untergebracht werden.

Seine perverse Geschlechtsempfindung documentirte sich lediglich darin, dass er die Knaben veranlasste, ihre Hinteren zu entblössen, worauf er beim Anstarren derselben bezw. auch der Geschlechtstheile eine geschlechtliche Erregung bis zum Orgasmus fand. Nie berührte er dieselben, sprach auch nicht. — Der Kranke selbst hatte die volle Empfindung für das Scheussliche seines Treibens, erklärte aber, er könne nichts dagegen thun; er habe selbst zu grossen Ekel und Widerwillen dagegen. — *S.*

v. ***Krafft-Ebing,*** **Bemerkungen über geschlechtliche Hörigkeit und Masochismus. — Jahrbücher für Psychiatrie X. Bd. 2 u. 3. H.**

Ungewöhnliche Intensität des Geschlechtstriebs und mangelhafte sittliche Widerstandskraft bringen Individuen vielfach in bedenkliche und selbst zu criminellen Verwicklungen Anlass gebende Abhängigkeit von einer den wachsuggestiven fascinirenden Einfluss übenden Person des anderen Geschlechts. Grosse Häufigkeit dieser geschlechtlichen Hörigkeit, besonders beim Weibe. Hohes criminalpsychologisches Interesse dieser Erscheinung, welche vielfach den Anstifter eines Verbrechens suchen und Mitschuld constatiren hilft.

Geschlechtliche Hörigkeit bei angestifteten Verbrechen sollte immer als Milderungsgrund der Strafe berücksichtigt werden. Sie ist nicht quantitativ sondern qualitativ verschieden vom sog. Masochismus, der eine elementare Perversion der Vita sexualis darstellt. Geschlechtliche Hörigkeit

Digitized by Google

wäre nur denkbar im Verkehr eines masochistischen Mannes mit einem sedistischen Weib.

Magnan, **l'obsession criminelle morbide, übers. von Dr. *Lewald.* — Irrenfreund 1892 No. 3/4.**

Uebersetzung eines von *M.* auf dem 3. Congress für criminelle Anthropologie in Brüssel gehaltenen Vortrags über Zwangsvorstellungen, welche Impuls zu einem Verbrechen werden können.

Verf. stellt die Behauptung auf, dass die schmerzliche Angst, welche von der Zwangsvorstellung hervorgerufen wird, sie unwiderstehlich macht. Nur bei hereditär belasteten Individuen komme es aber zur Zwangshandlung ev. zum Verbrechen. (Wenn man nicht Zwangsvorstellungen und impulsive Handlungen mit einander confundirt, so ist diese These unhaltbar. Die Entscheidung für ein Zwangshandeln liegt nicht in der hereditären Belastung, die sich fast bei allen hierher gehörigen Fällen findet, sondern in dem Vorhandensein einer Melancholie, die durch psychische Anästhesie widerstandsunfähig gegen die Zwangsvorstellung macht. Ref.)

Die vom Verf. als homicide Zwangsvorstellungen angeführten Fälle zeigen, soweit es sich nicht um gleichzeitige Melancholie handelt, dass den krankhaften Antrieben mit Erfolg wiederstanden wird, freilich gelegentlich um den Preis eines Suicidversuchs. Die angeführten Fälle von Zwangsvorstellungen zum Stehlen sind wesentlich solche von impulsivem Gepräge und Schwangerschaftsgelüste. Auch die von „Pyromanie" sind nicht rein. Interessant sind die Fälle von Zwangsvorstellungen in Bezug auf den Geschlechtssinn, aber sie gehören ebenfalls nicht eigentlich in das Gebiet der Zwangsvorstellungen. Im ersten Fall besteht Hyperaesthesia sexualis in muliere, im zweiten handelt es sich wohl um einen periodischen Fall von Psychopathia sexualis im Sinne der Hyperästhesie bei einer Dame. In einigen andern Fällen (Sadismus mit Fetischismus, 2 Fälle von Sodomie) spielte der Zwang im Vorstellen allerdings eine gewisse Rolle.

Ladame, **Zwangsvorstellungen zu morden, übers. von *Lewald.* — Irrenfreund No. 5 u. 6.**

Interessante historische Hinweise auf *Felix Plater*, der schon 1614 solche Obsessions mittheilte, *Ettmüller* (1644—84), der sie unter seine Melancholia sine delirio rubricirte, *Pinel* (mania sine delirio), *Prichard* (moral insanity), *Matthey* (1779—1842, Pathomanie), *Esquirol* (folie instinctive, Mordmonomanie), *Falret* senior, *Morel*, *Bariod*, welche die Lehre von den Monomanien energisch bekämpften.

Garnier, la folie à Paris 1890 hat interessante Antriebe zum Morden mitgetheilt, die aber in das Gebiet des impulsiven und epileptoiden Irreseins gehören.

Digitized by Google

Ladame stellt die These auf, dass bei Degenerirten, analog der Dipsomanie, auch Mordtrieb als einziges oder wenigstens hervorstechendstes Symptom ihres krankhaften Geisteszustands auftreten kann.

Er theilt den Fall eines Degenerirten mit, der nicht Epileptiker, aber leicht schwachsinnig, eines Tags nahe daran war, Zwangsvorstellungen zum Mord zu erliegen und als ihm sein Opfer entrann, seinem Trieb an unbelebten Objecten genügte.

Bekannt und häufig sind die Fälle von imitatorischer Wirkung solcher Zwangsvorstellungen bei Degenerirten. Solchen Menschen ist die Publicität von Mordfällen durch Zeitungen und Gerichtsverhandlungen gefährlich. Verf. giebt interessante Fälle aus seiner Erfahrung — eine Frau versuchte sich und ihre Kinder mit Kohlenoxydgas umzubringen, eine andere bat um Aufnahme in eine Anstalt aus Angst, dass sie ihrem Drang, die Kinder zu tödten, erliegen werde.

Der erste, fragmentar mitgetheilte Fall entspricht einem Affectzustand, der zweite spielt sich im Rahmen eines hysterischen hallucinatorischen Delirs einer schwer Degenerirten ab. Hier handelte es sich allerdings um Zwangsvorstellungen, aber bemerkenswerth ist, dass die nicht schwachsinnige und nicht melancholische Mutter sich vor der Ausführung entsprechender Handlungen zu schützen wusste.

Ladame gelangt zu folgenden Schlüssen:

Aus der grossen Klasse der Geisteskranken mit Mordtrieb muss man als eine besondere Form Diejenigen herausheben, die durch Zwangsvorstellungen zum Mord veranlasst werden.

Die Zwangsvorstellung, zu morden, gehört zur grossen Gruppe des hereditären Irreseins. Man kann die daran leidenden Kranken eintheilen in 1. solche, deren Zwangsvorstellungen theoretisch bleiben; 2. solche, die dem Triebe nachgeben und Morde oder Mordversuche begehen.

Die Zwangsvorstellung, zu morden, findet sich bei Hereditariern manchmal ganz isolirt; sie kann intermittirend und periodisch auftreten. Sie kann jahrelang bestehen und ist in forensischer Beziehung von höchstem Interesse. Sie kann entweder sporadisch oder, was häufiger ist, in der Form einer geistigen Epidemie nach öffentlichen Hinrichtungen oder nach Aufsehen erregenden Verbrechen auftreten.

***Kaan*, Die forensische Bedeutung der Zwangsvorstellung. — Friedreich's Blätter, 43. Jahrg. 5. Heft.**

Interessante Studie. Zahlreiche Literaturnachweise. Bemerkenswerth ist, dass, abgesehen von Fällen sog. impulsiven Irreseins, die nicht selten mit Zwangsvorstellungen confundirt werden, die homiciden Zwangsvorstellungen doch nur bei gleichzeitig melancholischen (psychisch anästhetischen) Individuen in Zwangshandlungen umgesetzt werden. Verf. macht es übrigens wahrscheinlich, dass derlei auch bei schwachsinnigen, moralisch defecten Degenerirten (an Anaesthesia psychica congenita Leidenden) möglich sei.

Digitized by Google

Cullere, Hypnotismus und Forum. — Annales médico-psychologiques. März, April.

Verf. polemisirt gegen *Liégeois*, der ganz ungerechtfertigt massenhaft Gefahren in der Benutzung des Hypnotismus durch Verbrecher sah und Laboratoriumexperimente in die Wirklichkeit übertrug, während die Erfahrung doch nur die Gefahr unzüchtiger Handlungen, begangen an weiblichen Personen in hypnotischem Zustand, aufweist.

Verf. geisselt die Annahme, welche *Liégeois* und *Bernheim* machten, dass im Process Eyraud Bompard, Troppmann, Fenayron hypnotische Suggestion im Spiel gewesen sei und macht sich mit Recht lustig über ein Werk von *Bonjean* (l'hypnotisme, ses rapports avec le droit etc. Paris 1890), in welchem die criminelle und therapeutische Seite des Hypnotismus maasslos überschätzt wird.

Benedikt, Wiener medic. Wochenschrift No. 44.

„Die Suggestionstherapie mit all ihrem Nonsens und Humbug hat das Gute, dass die psychische oder moralische Therapie zur verdienten Geltung gelangt ist." Verf. constatirt, dass bisher noch niemals ein Verbrechen als begangen durch hypnotische Suggestion erwiesen wurde. Auch in der Folge ist ein solches Verbrechen nicht zu besorgen. „Die Frage der Verbrechen durch hypnotische Suggestion und die der Verantwortlichkeit der Verbrecher im genannten Zustande entbehrt jeder Actualität."

v. Krafft-Ebing, Die Bedeutung der Menstruation für das Zustandekommen geistig unfreier Zustände. — Jahrbücher f. Psychiatrie X. Bd. 2. u. 3. Heft.

Mangelhafte Würdigung des Zusammentreffens einer strafbaren Handlung mit einem Menstruationstermin. Psychopathische Erscheinungen bis zu ausgesprochener Geisteskrankheit sind bei Menstruirenden sehr häufige Vorkommnisse.

Anführung zahlreicher forensischer Fälle, darunter einen vom Verf. als Referent der medicinischen Facultät Wien begutachteten von Gattenmord zur Zeit der Menses.

Die Arbeit enthält folgende Thesen:

1. Die geistige Integrität des menstruirenden Weibes ist forensisch fraglich.

2. Es erscheint geboten, bei weiblichen Gefangenen festzustellen, ob die incriminirte That mit dem Termin der Menstruation zusammenfiel. Als Termin derselben sind nicht blos die Tage des Blutflusses anzusehen, sondern auch die dem menstrualen Blutfluss vorausgehenden und ihm folgenden Tage.

3. Exploratio mentalis erscheint räthlich bei Coincidenz von That und Menstruationstermin; sie ist geradezu geboten, wenn sich aus der

Digitized by Google

Anamnese Anhaltspunkte für Belastung, psychopathische Erscheinungen in früheren Menstrualterminen oder wenn sich aus der Species facti auffällige Thatsachen ergeben.

4. Bei der mächtigen Beeinflussung des Geisteslebens durch den menstrualen Vorgang sollten auch da, wo kein menstruales Irresein nachzuweisen ist, der Angeklagten mildernde Umstände bei der Strafbemessung zuerkannt werden.

5. Bei strafbaren Handlungen Schwachsinniger, welche mit der Zeit der Menstruation zusammenfallen, dürfte die Zurechnungsfähigkeit in der Regel aufgehoben sein, jedenfalls bei im Affect begangenen Delicten.

6. Wegen menstrualer Geistesstörung straflos ausgegangene Individuen sind als höchst gemeingefährlich zu erachten und einer jeweiligen sorgfältigen Ueberwachung zur menstrualen Zeit bedürftig.

***Wood Renton, A.*, „Insanity and Divorce". — Journal of mental science. July.**

Skizze der historischen Entwicklung der gegenwärtigen Rechtsgrundsätze in Betreff der Beziehung von Geistesstörung und Ehescheidung. Kurze Analyse der für diese Entwicklung markant gewordenen Rechtsfälle.

Der erste derselben ist der der Ehescheidungsklage des Sir Ch. Mordaunt gegen seine Gattin wegen Ehebruchs (1869). Die Vertretung der Geklagten machte geltend, dass bei derselben Geistesstörung am Tage der Zustellung der gerichtlichen Vorladung bestanden habe und dass sie daher zur Wahrnehmung ihrer Rechte unfähig gewesen sei. Der Process wurde sistirt. Im März 1872 wurde die Geistesstörung der Geklagten als eine unheilbare nachgewiesen. Der Gatte zog nun seine Klage vom Gerichte zurück, um sie vor das Oberhaus zu bringen. Das Oberhaus entschied dahin, dass Ehescheidung gefordert und ausgesprochen werden könne, sowohl gegen einen Geisteskranken, als zu Gunsten eines solchen. Die Minorität hatte in der Geisteskrankheit eines der Gatten ein absolutes Hinderniss für Ehescheidung erblickt.

Im Falle Baker (1880) wurde diese Entscheidung dahin präcisirt, dass eine nachfolgende Geistesstörung die Abwicklung eines Ehescheidungsprocesses nicht hindern solle, die Geisteskrankheit möge den Geklagten oder den Kläger betreffen.

Die Frage, wie es sich verhalte, wenn der schuldige Theil zur Zeit, da er schuldig wurde, geistesgestört gewesen sei, wurde durch einen „Fall Yarrow" (1892) aufgedrängt. —

Eine Frau hatte Ehebruch mit geflissentlicher Offenkundigkeit begangen, in der Absicht, dadurch Scheidung ihrer Ehe zu provociren, und so von ihrem Manne loszukommen, von dem sie sich verfolgt und mit Vergiftung bedroht glaubte. Das Gericht entschied, dass — wenn in Analogie mit dem Strafgesetz vorgegangen werden sollte — die Geistesstörung der Angeklagten keine Instanz gegen die Klage ihres Gatten

Digitized by Google

bilde, denn die Geklagte „habe die Natur und Bedeutung ihrer Handlung gekannt".

Im „Fall Hanbury" wurde die Einwendung der Geistesstörung verworfen, weil die Krankheit — nur circuläres Irresein war. Der Gerichtshof stellte, nachdem man über circuläres Irresein und Zwangs-Impulse viel kritisirt hatte, als Princip auf: „Jedermann, der, während er eine civil- oder strafgerichtlich schuldbare Handlung begeht, ihre Natur und moralische Bedeutung kennt, ist dem Gesetz gegenüber verantwortlich, gleichviel ob er geistig gesund oder geistig krank ist." Einer der Richter hatte ferner die Anschauung entwickelt: das Ehegericht ist da, um jeden Gatten vor des anderen übler Aufführung zu schützen; das Opfer circulären Irreseins kann man nicht während des ganzen luciden Intervalls im Irrenhause deternirt halten; diese Art geistiger Störung als Hinderungsgrund gegen Ehescheidung zuzulassen, hiesse den Schutz aufheben, den das Gesetz gewähren wollte.

Diesen Ausführungen nach würde also, wie der Autor schliesst, für das englische Gesetz Geistesstörung nur dann ein Hinderniss für Ehescheidung sein, wenn sie 1. den Inculpaten an der „Erkenntniss der Natur und Bedeutung seiner Handlung" im Moment des Begehens hindert und 2. wenn dieselbe seine permanente Detention erfordert. *Boeck.*

***Frigerio*, Die Psychosen traumatischen Ursprungs. — L'Anomalo.**

Der Autor weist darauf hin, dass einzelne Genies in ihrer Kindheit schwere Kopftraumen erlitten haben, wie der berühmte Mathematiker *Turtoglia*, der Physiker *Vico* etc. Andrerseits haben Kopftraumen Geisteskrankheiten im Gefolge. Autor weist auf die frühere Literatur hin, so einen von *Tectanna* in Paris 1867 publicirten Fall von Geistesstörung nach Schädelbruch und erfolgter Heilung, weiter auf andere in der Literatur bekannte Fälle, wo die Psychose sich unmittelbar an ein Kopftrauma anschloss. Besonders weist der Autor auf einen von *Skae* im „Mental Science" 1874 publicirten Fall sowie auf einen Fall von Stupor veröffentlicht von Dr. *W. B. Goldsmith* hin. Autor schliesst hieran die Beschreibung von 30 selbst beobachteten Fällen, von denen ein Theil mit Heilung, ein anderer mit dem Tode abging, fügt hierzu die eventuellen Sectionsberichte, erwähnt, dass die Psychose sich entweder sofort, oder erst einige Zeit nach dem Trauma entwickeln kann, dass die verschiedensten Formen der Psychose beobachtet wurden, dass häufig diese von Neigungen zu Suicid. oder Selbstverstümmelungen begleitet sind, dass häufig Zustände beobachtet werden, die der Epilepsie und der moral insanity verwandt sind. Autor bedauert, dass therapeutische Eingriffe, wie die Trepanation, keinen dauernden Erfolg haben. Autor kommt zu folgenden Schlusssätzen.

1. Kopftraumen können eine genügende oder eine Gelegenheitsursache zur Psychose der verschiedensten Art abgeben, in der Mehrzahl sind es epileptische Geistesstörungen.

Digitized by Google

2. Mitunter entwickeln sich ungünstige Veränderungen des individuellen Charakters im Anschlusse von Traumen im Sinne der moral insanity.

3. Die Effecte der Traumas können sich unmittelbar oder erst in späterer Zeit entwickeln.

4. Die vorwiegenden Symptome sind: Neigung zum Selbstmorde, Verfolgungswahn, Hallucinationen, Verstimmung des Charakters, convulsive Zustände.

5. Der Ablauf ist ein langsamer, zieht sich gewöhnlich nicht länger als 2 Jahre von seinen ersten Anfängen hin und wird in vielen Fällen stationär. Hierbei wirken andere Zustände, wie Heredität mit.

6. Prognose fast immer infaust, selten günstiger Verlauf.

7. Die chirurgische Therapie erzielt selten einen günstigen Erfolg, weil gewöhnlich die Fälle zu spät zur Beobachtung kommen.

8. Es lässt sich keine besondere Form der traumatischen Psychose aufstellen.

Ricardi, Notizen und Beobachtungen über eine Reihe von Prostituirten. — L'Anomalo.

1. Alter der Prostituirten. Die jüngste war 16, die älteste 45 Jahre alt, der grösste Procentsatz zwischen 19 und 24 Jahre.

2. Sociale Stellung der Familien denen die Prostituirten entstammen: zumeist entstammen sie den niedern armen Klassen.

3. Handwerk, Kunst oder Gewerbe, das von den Prostituirten betrieben wurde; der dienenden Klasse gehörten 8, der arbeitenden 7, der bäuerlichen 5 an, ohne Beschäftigung waren 8.

4. Alter der Defloration. Zumeist das 15. und 16. Lebensjahr: Autor weist auf die unverlässlichen Angaben der Prostituirten hin.

5. Alter, in welchen sie sich prostituirten. Zumeist zwischen 19 und 22 Jahre. Hierbei wird darauf hingewiesen, dass diese Individuen fast alle schon früher geheim die Prostitution trieben.

6. Greifbare Ursachen für die Prostituirung. Zumeist Elend und Armuth, dann Hang zum Müssiggang, Luxus, Vergnügen.

7. Vorhandensein naher Verwandter, Eltern, Geschwister. Vielen fehlt entweder Vater oder Mutter oder beider Eltern, den meisten Einfluss hat das Fehlen der Mutter.

8. Zeit der ersten Menstruation. Zumeist das Alter von 13 und 16 Jahren, selten früher oder später.

9. Degeneration bei der nächsten Verwandtschaft. Meistens sind sie von Vaters Seite hereditär belastet, Vater Alkoholist, mitunter war die Mutter ebenfalls Prostituirte.

10. Mutterschaft. Von 47 Prostituirten haben 16 geboren, d. i. 34 pCt., eine 3 mal, zwei 2 mal, die übrigen 1 mal.

11. Erziehung und Unterricht. Zumeist schlechte Erziehung und selbst bei guter, geringe Neigung zum Lernen.

Digitized by Google

12. Psychologische Daten. Zumeist Eitelkeit, wenig Aufmerksamkeit, mässiges Gedächtniss, Neigung zum Müssiggang, Anomalien des Temperamentes, des Charakters sehr zahlreich und ausgeprägt in weiterer Folge. Anomalien des Geschlechtstriebes. Vier charakteristische Zeichen herrschen vor:

a) Die Tendenz zur Masturbation.

b) Frühzeitige Entwicklung des Geschlechtstriebes; so sollen 3 von den 54 Untersuchten schon im Alter vom 8.—10. Jahre masturbirt haben.

c) Neigung zum Sapphismus oder vielmehr keine grosse Widerstandskraft, den Sapphismus sei es activ oder passiv auszuüben.

d) Geringer Widerwillen, ja oft ein grosser Hang zum Onaniren mit dem Munde (onanismo-buccale).

Oft existirt eine sexuelle Frigidität für den Beischlaf. Der Ernährungszustand ist zumeist gut. Die meisten haben allerlei Krankheiten durchgemacht, eine kleine Zahl war stets gesund.

Weiter folgt eine Beschreibung körperlicher Verhältnisse. Zu erwähnen das häufige Vorkommen von Anomalien der Geschlechtsorgane, sowie von Schädelanomalien; es überwiegt Brachycephalie.

Autor kommt zu folgenden Schlusssätzen:

„Wenn auch die Prostitution kein Verbrechen ist und die Prostituirte an sich keine Delinquentin ist, so kann man doch bis zu einem gewissen Punkte die Prostitution als eine antisociale Handlung und die Protistuirte als ein niederes Wesen betrachten. Die Beziehungen zwischen Prostituirten und Verbrecherinnen werden immer intim sein, aber Prostitution und Criminalität sind zwei durch besondere charakteristische Symptome geschiedene Phänomene. Es gibt criminelle Prostituirte, wie es degenerirte psychopathische Prostituirte mit atavistischen Charakteren gibt.

S. Kornfeld.

Tamassia, Arrigo, In causa di simulazione di pazzia. — Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina legale. Vol. XVIII. Fasc. I.

Verf. wendet sich gegen den Ausspruch *Vingriguier*'s, dass Simulation Psychose sei oder ihr wenigstens nahe stehe. — Anschliessend an die statistischen Berichte *Fürstner*'s und *Binswanger*'s, von denen ersterer unter 73 Verdächtigen 21, der andere von 31 Verdächtigen 12 geistesgesunde Simulanten constatirte, führt *V.* mehrere von ihm beobachtete, bereits veröffentlichte Fälle an, in denen es sich nicht um Psychose, sondern allein um Simulation handelte. Diesen Fällen wird ein neuer Fall angereiht, der eine schlecht beleumundete Frau betrifft, welche, als Brandstifterin in Haft genommen, es versucht, durch Simulation von Epilepsie der Strafe zu entgehen. Pat. wird von *V.* der Simulation überführt, und ihre völlige Geistesgesundheit constatirt.

Digitized by Google

Becker, Sammlung gerichtsärztlicher Gutachten. — Berlin, Karger, 8. pp. 168.

Unter 23 das Gesammtgebiet der gerichtlichen Medicin betreffenden Gerichtsfällen sind folgende von psychiatrischem Interesse.

No. 13. Gutachten in der Untersuchungssache gegen den Zuchthaussträfling E. wegen Brandstiftung (Querulantenwahnsinn).

No. 15. Widerstand und Körperverletzung (erotische und religiöse Verrücktheit).

No. 16. Zweifelhafte geistige Gesundheit der Frau A. (Paran. persecut.).

No. 19. Unzüchtige Handlungen eines 73jährigen Mannes (Dementia senilis) an Kindern.

No. 20. Zweifelhafter Geisteszustand eines 17jährigen, des Mordversuchs angeklagten Glasbläserlehrlings. F. aus schwer belasteter Ascendenz, bisher geistig gesund, intelligent, kein Potator, hatte Groll gegen die Familie seines Lehrherrn wegen Kränkungen. Eines Abends, seinem Kummer über die ihm widerfahrenen Beleidigungen nachhängend und dabei 6 Glas Bier trinkend, erwacht in ihm der Gedanke sich dafür zu rächen. Er geht ins Zimmer, wo die Principalin, des Lehrherrn Mutter und 2 Mägde bei der Arbeit sitzen, setzt sich unter einem Vorwand in den Besitz eines der dort befindlichen Gewehre, ladet die Waffe, plaudert noch eine Weile mit den Anwesenden, wobei er neuerdings durch einige Stichelreden sich verletzt fühlt. Beim Abgehen schiesst er die Doppelflinte auf die Anwesenden ab, greift die Fliehenden mit dem Gewehrkolben an, versetzt ihnen Hiebe auf den Kopf, attaquirt sie mit einem Beil, ladet wieder das Gewehr, schiesst es nochmals ab, zerschlägt dessen Kolben auf den Köpfen seiner Opfer, nimmt ein anderes Gewehr, ausserdem mehrere Geldstücke und entfernt sich, nachdem er 3 Personen lebensgefährlich verwundet hat. Er wollte sich mit dem 2. Gewehre erschiessen, warf es aber, als ihm Jemand begegnete, weg, irrte die Nacht über im Walde herum, ging dann zu Verwandten und wurde verhaftet.

F. hatte treue Erinnerung für alle Details seiner That. In der Haft bot er nichts Auffälliges. Das Gutachten weist einen Zustand höchsten und durch Trunkenheit gemehrten Affect nach, welcher die freie Entschliessung und Willensbestimmung beeinträchtigt hat.

No. 21. Brandstiftung in Melancholie.

No. 22. Beleidigungen und Thätlichkeiten gegen Nachbarn. Paranoia persecutoria.

No. 23. Zweifelhafter Geisteszustand einer Ehefrau. Typischer Fall von chronischer melancholischer Folie raisonnante.

Kautzner, Gerichtsärztliche Fälle. Mittheilungen des Vereines der Aerzte in Steiermark. Jahrgang 1892.

1. Mord aus Rache seitens eines Dieners an einer Köchin. Zweifelhafter Geisteszustand. X., 19 Jahre alt, hat submikrocephalen rachitischen

Digitized by Google

Schädel (Cf. 53, 5), litt als Kind an Fraisen, lernte schwer, brachte es zu nichts, wurde überall geneckt wegen seines linkischen sonderbaren Benehmens, fühlte sich vom Schicksal verfolgt und von der Köchin im Hause schlecht behandelt. Unverdientes Unglück, Gewissensbisse über Onanie, Vorwürfe der Eltern weil er es zu nichts brachte, Misserfolg in der Liebe zu einer Volkssängerin, Zorn gegen die Köchin, Hoffnungslosigkeit wegen der Zukunft gibt X. als Motive an, warum er aus Verzweiflung den Mord (Zertrümmerung des Schädels) begangen habe. X. hatte sein Opfer in einen Hinterhalt gelockt, sich 18 fl. beim Fortgehen vom Thatort angeeignet und sich selbst der Polizei denuncirt und gestellt. Treue Erinnerung für alle Details. Tiefe Reue.

Das Gutachten erweist, dass X. verstandesschwach sei und den Mord in heftiger Gemüthsbewegung begangen habe. Mehrjährige Kerkerstrafe.

2. Professionsmörder und Räuber.

R., 34 Jahre, Nachtwächter und Vorbeter, im Geruch eines frommen Mannes stehend, wurde der Ermordung seines Bruders aus gewinnsüchtigen Motiven angeklagt. Im Laufe der Untersuchung gelang der Nachweis, dass R. überdies Vergiftung der Gattin, räuberischen Todtschlag, Raubmord, 7 Brandlegungen, 5 Raubanfälle, 12 Diebstähle und noch diverse mal Betrug sich hatte zu Schulden kommen lassen. Die Expertise liefert den Beweis geistiger Intactheit und speciell den der nicht vorhandenen moral insanity. R. wurde hingerichtet. Gehirnbefund negativ.

3. Brandlegung während eines pathologischen Rauschzustands (Sinnesverwirrung).

4. Sexuelle Delicte.

K., 23 Jahre, halb blind, Werkelmann, hat einen 9 Jahre alten Knaben zu mutueller Onanie verführt, öfter auch an dessen Penis gesaugt, überdies auch mit anderen Knaben dabei Unzucht getrieben und kleinen Mädchen die Genitalien abgetastet. K. spielte verhaftet den Entrüsteten, Verleumdeten, gestand schliesslich. In der Haft geberdete er sich anfangs wie ein in „ohnmächtiger Wuth tobender Wildfang" und zerbiss und zerfetzte sich die Unterlippe.

Schädel rachitisch, hydrocephal, Stottern, imbeciller Habitus. Mutter war geistesgestört, Vater war Säufer. Inculpat hat in der Schule nichts gelernt. Der Sündhaftigkeit seiner Delicte ist er sich bewusst, auch ihrer Strafbarkeit. Boshaftes, mürrisches, zänkisches Wesen in der Haft. Seine Selbstverstümmelung motivirt er damit, dass er in seiner Verzweiflung dadurch beim Arzt Mitleid und Hilfe zu finden hoffte. Tenor des Gutachtens:

K. ist hereditär schwer belastet und daher total verkümmert, unreif, geistesbeschränkt, moralisch tiefstehend. Freispruch.

5. Exhibitionist (vergl. des Referenten Psychopathia sexualis 7. Aufl. Beob. 179).

Digitized by Google

***Dornblüth*, Entmündigungsgutachten über einen Kranken mit hereditärem Irresein. — Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medicin u. öffentl. Sanitätswesen, 3. Folge, III. Bd. Heft 2.**

v. K., 1859 geboren, aus schwer belasteter Familie, von jeher geistig abnorm, wegen Faulheit, Leichtsinn und Rohheit schlechter Schüler, unbeliebt, bestand mühsam Fähnrichsexamen 1880, musste wegen schwerer Lues vom Militär weg, kam verkommen, deprimirt 1882 heim, verlobte sich gegen den Einspruch der Eltern mit einer Cousine, überwarf sich mit dem Vater, studirte Landwirthschaft, erreichte 1. April 1885 Inspectorsstelle auf einem Gut in Pommern, vertrug sich nicht mit den Untergebenen, wurde „nervös", in Greifenberg gebessert und besuchte neuerdings eine landwirthschaftliche Akademie. Nach manchen Zwischenfällen, brutalen Auftritten mit dem Vater, den er sogar auf Pistolen forderte, nach Ansätzen zu Verfolgungswahn, Aufenthalt in einer Privatirrenanstalt, in welcher krankhafte Gesammtpersönlichkeit, Selbstüberschätzung, grundloser Wechsel der Stimmung, Unverträglichkeit u. A. aufgefallen war, erreichte es K., dass er Inspector auf dem Gute seines Vaters wurde und im Juli 1887 die Cousine heirathen durfte.

Infolge des Todes des Vaters wurde das Gut verkauft. K. erstand ein eigenes kleines Gut, wurde aber immer nervöser, ergab sich dem Trunke, wurde brutal gegen die Frau, drohte ihr und dem Kind mit Erschiessen, Ehescheidung, bis die Frau ihn verliess. Er wurde nun ganz zerfahren, verkehrt, verlangte Ungehöriges und Unschickliches von seinen Leuten, querulirte bei Gericht um Ehescheidung weil seine Frau den Eigenwillen des (einjährigen) Kindes nicht breche, Caffee statt Cacao trinke. Er sagte sich auch von seiner Mutter los und trieb es so toll, dass man ihn in eine öffentliche Anstalt thun musste. Dort bot er periodischen Wechsel krankhafter Stimmungen und Erregungen, Urtheilsschwäche, Beeinträchtigungsvorstellungen, Erinnerungsfälschungen, ethische Defecte.

Im October 1889 entlassen, benahm er sich zunächst ziemlich geordnet, sodass er seiner Frau und dem Entmündigungsrichter als gesund imponirte. Vom Januar 1891 gab K. wieder bedenkliche Zeichen von Geistesstörung, machte sinnlose Bestellungen, überwarf sich neuerdings mit seiner Frau, warf ihr grundlos unsittliche Handlungen vor, behauptete sie sei irre, wolle ihn aus Schlechtigkeit verrückt machen, entwickelte Verfolgungswahn, ging in gefahrdrohender Weise mit einem Revolver um. Neuerliche Unterbringung in eine Irrenanstalt am 7. März 1891. Dort constatirte man wechselnde Erregtheit, grosse Urtheilsschwäche, wesentlich combinatorischen und weitverzweigten Verfolgungswahn, ethische Defecte. Ein Gutachten der Anstaltsärzte erklärte Pat. für erblich degenerativ geisteskrank, blödsinnig im Sinne des Gesetzes. K. wurde nun entmündigt. Er war damit einverstanden, da er nun erregender Geschäfte überhoben und leichter

Digitized by Google

heimzulassen sei. Er wurde August 1891 entlassen und hat sich bis date ordentlich gehalten.

Verf. weist in einer Epikrise darauf hin, dass dieser Fall von „hereditärem" Irresein in keine einzige Form der Lehrbücher hineinpasst, denn wenn er auch Züge von (periodischer) Manie, Paranoia, angeborenem Schwachsinn, moralischem Irresein enthält, so wäre mit einem solchen Namen die Diagnose nicht erschöpft. Am meisten entspräche ein solcher Fall nach der angeborenen psychopathischen Degeneration *(Koch)* oder der Heboidphrenie im Sinne *Kahlbaum*'s.

Marandon de Montyel, Gerichtlich medicinischer Beitrag zur Folie circulaire. — Annales d'hygiène publique 3. Série, Bd. XXVIII No. 6.

Der schlimmste Denunciant und Aufhetzer in der Anstalt ist nach Verf.'s Erfahrungen der an Folie circulaire Leidende, der grösste Egoist, ist er der Habe, Ruhe und dem Renomée der Wärter und Kranken höchst gefährlich. Jeder sucht seiner sich zu entledigen, denn er ist ein unerträglicher, moralisch defecter, cynischer, lügnerischer, durch und durch degenerativer Patron.

Auffallend ist dagegen die geringe Criminalität dieser Unglücklichen. Von Mord kennt Verf. nur einen Fall von *Renaudin*, in welchem eine solche Kranke in melancholischem Stadium überdies ganz impulsiv einem 2jährigen Mädchen den Hals abschnitt.

Er reiht daran aus persönlicher Erfahrung folgenden von Mordversuch im manischen Stadium dieser degenerativen Psychoneurose.

Am 30. April 1885 befand sich Herr B. vor seinem Hause mit seiner Schwester, als beide auf 14 m Distanz vom 68 Jahre alten Schwiegervater des B. angeschossen wurden. Die vermeintliche Nichtzuhaltung eines Leibrenten- und Alimentationsvertrags hatte den Vater erbittert und zum Mordversuch veranlasst.

Er war untröstlich auch das Mädchen getroffen zu haben und machte gleich nach dem Attentate einen Versuch sich zu entleiben.

Die Expertise ergab einen seit 30 Jahren bestehenden Zustand von Folie circulaire mit schwerer moralischer Perversion, grundlosen Querulen und Verfolgungsideen gegen die Seinigen. Schon längst hatte er sie mit dem Tode bedroht. Er war höchst reizbar; in seinen manischen Zeiten unstet, zerstörend und grausam gegen die Hausthiere. Die Expertise constatirte ganz verbildeten Hirn- und Gesichtsschädel und andere Degenerationszeichen. Er stammte von mit Hysteria gravis behafteter Mutter und irrsinnigem Vater. Als er in die Beobachtung kam, war er in tief depressiver Phase. Dreimal jährlich machte er manische Zustände
rch.

Digitized by Google

***Camuset*, Ein geisteskranker Mörder. — Archives de Neurologie, Mai, No. 69.**

A., 32 Jahre, unbestraft, aber sehr muskelkräftig, ohne körperliche Degenerationszeichen, aus unbelasteter Familie, nie erheblich krank, geistig normal, kein Trinker, litt vom Januar 1891 ab an Anfällen von heftigem Kopfweh, Schwindel, Erbrechen, wurde amblyopisch, verstimmt, reizbar, traurig, gedächtnisschwach, bis zum Vergessen des Namens seiner Kinder.

In der Nacht vom 9./10. September war er schlaflos gewesen, hatte Angst, Hallucinationen und Delir geboten. Er hielt sich für behext, das Leiden ihm angethan vom Nachbar M. Er schoss planlos nach diesem sein Gewehr ab durch das Fenster, eilte mit demselben dem vermeintlichen Feind nach und tödtete vier Personen die ihm in den Weg kamen. Dann ging er heim, beruhigt, und erzählte seiner Frau was er gethan hatte. Er habe die vier Personen für den M. gehalten.

Seinen vier Opfern hatte er mit dem Gewehrschaft die Schädel eingeschlagen. Am 11. versuchte er sich zu erdrosseln. In der Folge ist er verwirrt, verlangt den Tod, hat schreckhafte Gesichts- und Gehörsillusionen, meint man wolle ihn vergiften.

Am 15. macht er einen Angriff auf einen Wärter, versucht ihn zu erwürgen, fügt sich dann eine Wunde durch Anrennen des Kopfes gegen die Mauer zu, wobei er viel Blut verliert.

Der Arzt fürchtet Delirium acutum. Am 20. wird Pat. ruhiger, besinnlicher, äussert Selbstanklagedelir, corrigirt theilweise den Wahn behext gewesen zu sein. Im Verlauf chronisches Delir. Beginnende Opticusatrophie.

***Masbrenier*, Unzuchtsdelict an Kindern, begangen von einem Alkoholiker. — Annales d'hygiène publique. März.**

F., 39 Jahre, Branntweinschänker, hat an seinen 2 kleinen Töchtern Unzuchtsdelicte (Masturbation, Cunnilingus) begangen. Er gesteht unumwunden mit der Motivirung, er habe den Kindern Vergnügen machen wollen (!).

F. war von jeher geistig schwach, hatte vom 17. Jahre ab epilepsieartige Anfälle gehabt. Ein Grossonkel war irrsinning, Mutter und Schwester sehr neuropathisch.

Von jeher den Trunk liebend, war F. seit 5 Jahren Potator strenuus geworden. Bei der Expertise erscheint er ohne allen moralischen Sinn, erzählt cynisch alle Details seiner incrim. Handlungen, sieht nicht ein, dass er seinen Töchtern etwas anders als Vergnügen gemacht habe.

Er bot überdies Eifersuchtswahn, hielt einen 15jährigen Hausburschen für den Zuhälter seiner Frau. Im Gefängniss kehrten die wohl toxischen epileptischen Anfälle nicht mehr wieder. Der Einsicht für seine Handlungen ermangelte er dauernd.

Digitized by Google

v. Krafft-Ebing, **Ueber Eifersuchtswahn beim Manne. — Jahrbücher f. Psychiatrie X. Bd. 2. u. 3. Heft.**

Klinisch-forensische Studie über diesen fast ausschliesslich bei Alkoholisten vorkommenden und wesentlich combinatorisch entstehenden, in seinen Consequenzen oft so verhängnissvollen Wahn.

Forel, **Internationale Monatsschrift zur Bekämpfung der Trinksitten 1892. Heft 7.**

Verfasser unterwirft den gleichnamigen Aufsatz *Levin*'s (Berlin. klin. Wochenschrift, 1891, No. 51) einer kritischen Revue, bekennt sich dabei als absoluten Temperenzler und stellt folgende Thesen auf:

1. Die sociale Gefahr der anderen narkotischen Suchten als die Alkoholsucht ist bisher viel zu sehr unterschätzt worden.

2. Es ist Pflicht der Temperenzbewegung, die Bekämpfung aller solchen narkotischen Suchten mit in ihr Arbeitsfeld einzuschliessen, welche zu socialen Gefahren da und dort geworden sind oder zu werden drohen.

3. Somit muss der Alkoholabstinenz die Abstinenz aller narkotischen Mittel, wie Morphium, Aether, Chloral, Opium, Coca, Haschisch, Eau de Cologne, Hyoscin, Chloroform etc. hinzugefügt werden.

4. Die Wichtigkeit der Bekämpfung der narkotischen Suchten wird gewöhnlich damit geleugnet, dass man sagt, sie seien bei uns nicht vorhanden.

5. Die Abstinenzbewegung darf sich dagegen nicht auf den Tabak (und selbstverständlich nicht auf den Thee, Caffee etc.) ausdehnen.

6. Die Behauptung des Dr. *Levin*, dass strenge Verbotsgesetze nichts nützen, ist bezüglich des Alkohols unrichtig (siehe Norwegen und Finnland) und dürfte ebensowenig für andere narkotische Mittel zutreffend sein.

Motet **u.** ***Ballet,*** **Doppelmord und Mordversuch, begangen von einem Trinker. — Annales d'hygiène publique. Februar.**

Motet ergeht sich zunächst in Beobachtungen über die Schwierigkeit allgemeine Gesichtspunkte hinsichtlich der Zurechnungsfähigkeit der Trunkenen aufzustellen. Das Schweigen der französischen Gesetzgebung über diese Frage gewährt den Vortheil, dass der Fall als ein concreter immer behandelt und beurtheilt werden muss. Es gibt pathologische Alkoholreactionszustände auf Grund organischer Bedingungen die als transitorische Geistesstörung sich darstellen.

Verf. kommt zu folgenden Conclusionen:

1. Im öffentlichen Interesse sollte der gewöhnliche, freiwillig und leichtsinnig herbeigeführte Rausch als Vergehen an und für sich betrachtet, schwer und im Fall der Wiederholung besonders schwer bestraft werden. Der Gewohnheitssäufer sollte entmündigt werden.

Digitized by Google

Solche mit episodischen Delirien, Irreseinszuständen wären möglichst lange in Specialasylen zu sequestriren und zu behandeln.

Verf. geht soweit, den einfach Berauschten aus Fahrlässigkeit für alle während seines Rausches begangenen Delicte zurechnungsfähig zu erklären. Milderungsgrund auf Grund der Willensschwäche und inferiorer Organisation nur bei Imbecillen und Belasteten. Erschwerungsgrund soll es sein wenn der Betreffende sich absichtlich berauschte, um zur Strafhandlung leichter zu gelangen.

Die Zurechnungsfähigkeit muss ausgeschlossen erachtet werden bei geistig geschwächten Säufern und in episodischen Deliriums- und Irrsinnszuständen.

Der von den Verff. begutachtete Gerichtsfall ist folgender:

Herbellot, 33 Jahre, Koch, seit 1876 dem Alcoholismus verfallen, hat 1885 geheirathet. Er misshandelte seine Frau, die sich oft vor ihm flüchtete. Im Januar 1890 verliess sie ihn definitiv und verdingte sich. Er liess ihr auch da keine Ruhe mit Eifersucht und Geldforderungen. Eines Tags besuchten ihn Frau, Kind und Schwiegermutter. Er war angetrunken, aber nicht berauscht, stritt sich mit Frau und Schwiegermutter, erschlug plötzlich diese und das Kind, verwundete seine Frau, verfolgte die Fliehende auf die Strasse, wo er Polizisten in die Hände lief, denen er kaltblütig sich als Mörder vorstellte.

Er bot nach der Beobachtung der Verff. in der Folge keine Zeichen von Alcoholismus chronicus, keine psychische Schwäche. Auch fanden die Gutachter ihn nicht belastet. Die Schlussfolgerungen lauten:

H. ist Gewohnheitstrinker, eifersüchtig, reizbar, streitsüchtig. Diese Eigenschaften treten anlässlich Alkoholexcessen verstärkt zu Tage. Er war zur Zeit der That nur leicht angetrunken aber seiner Sinne mächtig. Er wurde zum Todtschläger im Affect des Zorns. Ein krankhafter Impuls war nicht im Spiel. Er ist verantwortlich für seine Thaten. H. wurde, unter Annahme mildernder Umstände, zu lebenslänglichem Kerker verurtheilt.

Krauss, William, C., The People vs. Sadie Mc. Mullen — A medico legal case. — Journ. of nerv. a. ment. disease. July.

Mord im (epileptoiden) Dämmerzustand.

Sahra Ann. Mc. Mullen, 19 Jahre, hereditär schwer belastet. Die Grosseltern väterlicherseits waren Vettern ersten Grades. Grossvater schwerer Fall von Alcoholismus chron. Grossmutter, Potatrix, litt an „Anfällen" während habit. Migräne. — Ein Grossonkel und 2 Grosstanten von Seite der Grossmutter starben an „Gehirnleiden" — eine irrsinnig. Von des Vaters Brüdern war einer Idiot, starb mit 4 Jahren an Convulsionen, ein Bruder irrsinnig (ab origine), von des Vaters Schwestern galt eine als „verrückt", eine zweite leidet an periodischer Manie, hat einen irrsinnigen Sohn, eine dritte leidet an „periodischer Tobsucht", eine litt in der

Digitized by Google

Kindheit an petit mal, eine zeigt anatom. Degenerationszeichen und „leichten Sprachdefect".

Mutters Mutter starb in Folge von Schrecken. Von den Geschwistern der Mutter wenig bekannt. Einer ihrer Brüder charakterologisch abnorm. Mutter reizbar, lustig, unruhig, machte im anfallsweise gesteigerten Affect wiederholt Mordattentate auf einen Halbbruder und bethätigte Selbstmordtrieb. Hyster. epilept. Insulte. Im Alter von 23 Jahren heftiger Schreck über Todesgefahr durch einen Bären, — bald nachher Tod, „wahrscheinlich in Folge des Schreckens". — Patientin war Frühgeburt im 8. Monat, lebensschwach, wurde mit Mühe am Leben erhalten. Im Alter von 2 Jahren verfällt sie in Folge heftigen Schreckens in einen Schreikrampf, an den sich Lachkrampf und dann serienweise ecclamptische Convulsionen anschliessen. Die ecclamptischen Anfälle verlieren sich, epileptische Aequivalente treten dafür auf. Aus späterer Zeit Klagen, sie fühle sich so gross und Alles komme ihr so klein vor. Vom 12. Jahre an häufige nächtliche epileptische Insulte. Am Tage häufig Absencen, ferner, wie früher, Fortlaufen, Herumtreiben ohne Bewusstsein und Erinnerung.

Unter dem Einfluss von Gemüthsbewegungen gesteigerte Frequenz der Anfälle von petit mal. Ebenso zur Zeit der — stets unregelmässigen — Menstruation. Eintritt derselben im 17. Jahre unter schwerer Störung des Allgemeinbefindens.

Sadie M. M. wird geschildert als gracil gebaut, schwächlich. Schädel klein, aber ohne auffallende Difformitäten. — An den Nähten und Fontanellen nichts Abnormes. Percussion des Schädels nicht empfindlich. Gesicht abgemagert, bleich, Miene schlaff, ausdrucklos. Apathisches, stilles Wesen, wortkarg. Vegetative Organe normal — keine Sensibilitäts-Anomalien, keine Stigmata hyst.

Am Tage der That, nachdem eben die für sie kritische Zeit der Menses abgelaufen war, erlitt Sadie einen heftigen Gemüthsshock. Sie erhielt einen Brief, in dem man sie eines Hausdiebstahls beschuldigte (de vero Verschleppung in „Absence"). Pat. gerieth in grosse Erregung, verhielt sich aber sehr verschlossen. Sie schrieb dann einen Abschiedsbrief an ihre Tante, der von ihrem Selbstmord bereits im Futurum exactum spricht, und neben dem Schmerz über die erlittenen Kränkungen auch Liebeskummer und Gram über ihre Krankheit, als Motive angibt. Sie spricht darin die Absicht aus, „ins Wasser zu gehen" und noch eine andere Person mit in den Tod zu nehmen; sie wünscht, dass das ihr kleines Brüderchen sein könnte.

Bald danach erklärte sie, eine Bekannte aufsuchen zu wollen. Die Besorgung eines Einkaufs, die man ihr bei dieser Gelegenheit aufgab, nahm sie an, einem kleinen Mädchen des Hauses gestattete sie die Begleitung, wenn auch noch ein zweites der Kinder, die ihrer Obhut anvertraut zu werden pflegten, mitkäme.

Bei dieser Besorgung machte sie sich auffällig: sie verlangte das

Digitized by Google

Gewünschte, warf das Geld auf den Ladentisch und lief davon, ohne sich um die Waare zu bekümmern. Die beiden Kinder an der Hand, zog sie dann weiter, gegen das hohe Ufer der Bruchstätte einer Cementfabrik. Dort angelangt, auf einem etwa 50 Fuss hohem Gerüstwerk, warf sie plötzlich das eine der beiden Kinder hinab in das Wasser des Steinbruches, dann mit der einen Hand ihm den Mund zuhaltend, stiess sie das andere hinab. Kurz nachher trat sie bei ihrem geistlichen Berather ein, um „sich von ihm zu verabschieden". — Einer Frage hielt sie nicht Stand, lief gleich wieder fort; „man werde ja bald sehen". — Ihr Aussehen congestionirt, die Augen „gläsern", war auch hier aufgefallen. — Einer Freundin auf der Strasse rief sie Lebewohl zu, enteilend, ehe diese einer Erwiderung fähig war, gleichwohl ihre „Kälte" ihr vorwerfend.

Wenig später wurde ihr Haus alarmirt, durch das Geschrei, es habe sich ein Mädchen in den vorbeifliessenden Bach gestürzt. Man lief und rettete, nach hartem Kampfe mit der Widerstrebenden, — Sadie. — Etwa 4 Stunden waren seit ihrem Weggehen verflossen.

Zu Bewusstsein gekommen, verwunderte sie sich über ihre Situation, über ihre nassen Haare etc. — Sie erlangte keine Erinnerung weiter, als einen trüben, vagen Eindruck von ihrem Besuch in dem Laden; — ihr Gedächtniss reichte nur „bis nach Empfang" des fatalen Briefes, und setzte wieder ein mit dem Erwachen nach ihrer Rettung.

Verf. führt in der Epikrise als seine Beobachtung an, dass in solchen epileptoiden Ausnahmszuständen offenes Wasser einen ganz besonderen Reiz auf die Kranken ausübe — wie denn auch Sadie M. M. häufig durchnässt von ihrem Umherstreifen heimgekommen sei und er gedenkt eines an der Klinik *Charcot* von ihm beobachteten Falles eines 37jährigen epileptischen Mannes, der aus diesen Anfällen jedesmal im Wasser — badend, schwimmend, — oder von einer Brücke hinabsehend, zu sich kam.

Boeck.

***Tambroni*, Fall von simulirtem Irresein. — Il Raccoglitore medico Serie V. vol. XIII. No. 7, 8, 9.**

Am Nachmittag des 26. October begann der Militärsträfling P. zu excediren. Er zerriss seine Kleider, demolirte Gegenstände, setzte sich zur Wehre, sodass man genöthigt war ihm die Zwangsjacke anzulegen.

Am 7. November aufgefordert sich zu reinigen, gerieth er neuerdings in Erregung, sprach verkehrt, wurde drohend und biss einen Sergeanten.

Derlei wiederholte sich am 17. November. Er kam nun ins Militärspital und zur weiteren Beobachtung ins Irrenhaus von Ferrara (4. December 1890).

P., 22 Jahre, stammt aus gesunder Familie. Von Kindesbeinen auf war er arbeitsscheu, streitsüchtig und diebisch. Schon zweimal vor seiner Einstellung zum Militär war er wegen Diebstahl bestraft worden. Seine geistige Begabung war eine gute. Bald nach seiner Einkleidung begannen

Digitized by Google

seine weiteren Strafen (wegen Ungehorsam, Diebstahl und einer Reihe von Disciplinarvergehen). In den Verhören wegen seiner letzten Streiche hatte er keine Antwort gegeben und sich ganz verkehrt benommen. Ebenso macht er es in der Zwischenzeit (Singen, Unsinnreden, Unreinlichkeit u. s. w.). Einem Vertrauten gestand er dass er sich verrückt stelle um der ihm drohenden Strafe zu entgehen. Gelegentlich malte er mit Koth und Urin bizarre Worte und Figuren an die Wand.

Der ganzen Umgebung machte er den Eindruck des Simulanten. In der Irrenanstalt erschien P. nach einigen Tagen plötzlich ganz geordnet und blieb so bis zum Mai 1891. Er erschien körperlich gesund und wurde auf sein Bitten zur Arbeit verwendet. Gelegentlich bekannte er Vertrauenspersonen, dass er Alles simulirt habe.

Vom Mai ab wurde er reizbar, misshandelte Mitkranke, wollte nicht mehr arbeiten und blieb so bis zum Juni. Die ärztliche Untersuchung ergab weder körperliche Degenerationszeichen noch sonstige Anomalien, ebenso wenig psychische, Nachweis der Simulation und geistigen Gesundheit. Ausschluss von Epilepsie. Verurtheilung zu 10 Jahren.

***Ast*, Geistesstörung in der Untersuchungshaft. — Friedreich's Blätter für gerichtliche Medicin, 43. Jahrg. Heft 4.**

Am 18. Mai 1890 erschlug der 23jähr. ledige Bauer X. einen Mann im Raufhandel, bot anfangs nichts Auffälliges, gerieth aber als er hörte das könne den Kopf kosten in affectvolle Erregung, sodass er isolirt werden musste. Er blieb Wochen lang in einem Zustand ängstlich deliranter Verwirrtheit und kam zur Beobachtung seines Geisteszustandes in die Irrenanstalt. (10. August 1890.) Dort lag er Tag und Nacht 5 Wochen lang starr, machte beständig bizarre Kopf- und Athembewegungen in strengem Rhythmus, war offenbar im Bewusstsein recht getrübt und ängstlich. Verf. bezeichnet den Krankheitszustand als „acute stuporöse Verrücktheit".

Der Kranke war erblich nicht belastet, von jeher aber nervös und aufregbar.

Ende November löste sich allmälig dieser sonderbare stuporös „katatonische" Zustand. Aber erst im Januar war er ganz vorüber. Der Kranke bot nicht blos Erinnerungsdefecte für die Zeit seiner Krankheit sondern anscheinend Amnesie für die That und ihre Umstände, welche Vermuthung sich aber nicht stichhaltig erwies.

In der folgenden mehr als halbjährigen weiteren Beobachtungszeit erschien er ein gemüthlich und überhaupt geistig eigengearteter, schlecht äquilibrirter, moralisch defecter Mensch, was auch die ermittelte Vita ante-acta darthat.

Am 12. Juni 1891 wurde X. genesen nach Hause entlassen. Bei der Schwurgerichtsverhandlung — im December — erinnerte er sich seiner That und ihrer Umstände, für die er nach wie vor keine Reue zeigte. Bei dieser Verhandlung wurde vom Hausarzt der Familie des Angeklagten

Digitized by Google

mitgetheilt, dass X. schon 4 Monate vor der That vorübergehend wahnsinnig gewesen sei. Auch die Belastung kam heraus — Vater an Gehirnkrankheit gestorben, Mutter aufgeregt, zum Trunk geneigt und auf Alkohol abnorm reagirend. X. selbst von jeher geistig abnorm. Die Ansicht des Hausarztes, X. habe die That in einem pathologischen Zornaffect begangen, wurde vom Verf. erfolgreich bestritten und X. zu 1½ Jahren Gefängniss verurtheilt.

Mit Recht warnt Verf. davor, aus Nichtübereinstimmung eines psych. Krankheitszustandes mit einem der landläufigen der Statistiken und der Lehrbücher den Schluss auf Unechtheit desselben zu ziehen.

Rode, Léon de, Hysterie bei zwei Schwestern. Diebstähle in Kaufläden. — Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique No. 67.

2 Schwestern stahlen gewohnheitsgemäss in Kaufläden. Die ältere wurde beim Diebstahl eines Stückes Stoff ertappt. Bei der Haussuchung fand man in ihrem Besitz ein Stück Rauchfleisch, ein Packet Chocolade, einen Holländerkäse, Kistchen mit Cigarren, Stoffe u. s. w., Alles gestohlene Waare.

Die beiden Diebinnen, 40 und 36 Jahre alt, stammen aus unbelasteter Familie, welche durch Müssiggang und Verschwendung der beiden finanziell herabgekommen war. Beide Schwestern leiden seit vielen Jahren an Hysteria gravis mit klassischen Anfällen, die jüngere überdies an epileptischen. Geistige Krankheit besteht bei keiner von beiden. Der Diebstähle waren sie geständig. Das Gutachten erkannte die schwere Nervenkrankheit und ihren den Charakter schädigenden Einfluss an, hob aber hervor, dass die Diebstähle weder durch Zwangsvorstellungen noch irgend welchen anderen psychischen Zwang bedingt waren.

In der Verhandlung liessen die Schwestern den ganzen hysterischen convulsiven Apparat spielen und machten solchen Eindruck damit auf die Richter, dass diese sie freisprachen.

Angelucci, Gerichtsärztliches Gutachten. — Il Raccoglitore. Sept.

Am 10. Januar 1892 war der 30 Jahre alte G. aus Preussisch-Schlesien verwundet, am 21. April 1892 in die Irrenanstalt aufgenommen worden. Die Verwundung war ihm zugefügt worden, da man ihn irrthümlich für einen Einbrecher gehalten hatte. Es handelte sich um einen Schuss in den Schenkel, welcher die Amputation nöthig machte.

G., ein bigotter Mensch, überdies heftig psychisch erregt durch die Umstände seiner Misshandlung, hatte seit der Amputation in dem fremden Lande, dessen Sprache er zudem nicht verstand, die Erscheinungen schwerer Psychose (Verfolgungswahn) geboten. Nachweis einer Paranoia persecutoria hervorgegangen aus Neurasthenia bei einer belasteten Persönlichkeit.

Digitized by Google

Die Epikrise lässt es mit Recht unentschieden, welchen Einfluss auf die Entstehung der Krankheit Misshandlung, Verwundung und Amputation hatten und hält Heilung für möglich.

Diller, Theodor, The psychological state of Berkman, the Assaliant of H. C. Frick. — The Alienist and Neurologist. October.

Der 24jährige Anarchist Berkman war angeklagt eines Mordversuches, begangen an den Präsidenten einer zum Homestead-Strike in Beziehung stehenden Industrie-Gesellschaft und wurde vom Pittsburger Geschwornengerichte verurtheilt. Verf. unterzieht den Fall einer Kritik vom Standpunkte des Psychiaters. Der Attentäter galt unter seinen Gesinnungsgenossen für unverlässlich und „überspannt". Selbst die extremsten anarchistischen Lehren waren ihm zu milde. Er vollführte das Attentat am hellen Tage, geberdete sich bei seiner Verhaftung und später demonstrativ kaltblütig, bedauerte sein Opfer nicht getödtet zu haben. Er lehnte Vertheidigung durch einen Advokaten ab. In eigener Vertheidigungsrede sucht er nicht seine Schuldlosigkeit darzuthun, sondern verliest ein confuses Elaborat voller unklarer Ideen über Kapital, Kirche, Staat. Untersuchung des Geisteszustandes wurde nicht beantragt und B. zu 22jährigem Kerker verurtheilt.

Verf. erblickt in B.'s Isolirung von seinen Gesinnungsgenossen, seiner Meinung, er könne allein alle kirchlichen und socialen Probleme lösen, Zeichen eines krankhaft erhöhten Selbstgefühles, das in B. den Wunsch weckte durch ein glorreiches Martyrium die Arbeiterschaft zu erlösen. Die demonstrative Inscenirung des Attentats stimmt mit dem Vorgehen eines Paranoikers überein, als welchen Verf. den B. auffasst. Auch die Art der Vertheidigung erscheint paranoisch.

Die Detention B.'s in einer Strafanstalt erscheint dem Verf. mit Rücksicht auf die Sicherheit der Gesellschaft und die Nothwendigkeit Individuen wie B. einem disciplinaren Regime zu unterwerfen, vortheilhafter als dessen Unterbringung in einer Irrenanstalt. Dr. *Mayer.*

Boedecker, J., Ein forensischer Fall von inducirtem Irresein. — Charité-Annalen XVI, p. 479. Schmidt's Jahrbücher.

In der langen, sehr interessanten Erzählung *B.*'s handelt es sich um einen Paranoiakranken (verfolgten Verfolger), der einen jüngeren Mitarbeiter soweit beeinflusste, dass dieser seine Wahnideen aufnahm, die gleichen falschen Beobachtungen machte, an Diebstählen theilnahm, die jener nur zu dem Zweck ausführte, um sich festnehmen zu lassen. Nach der Trennung entwickelte sich bei dem Querulanten die Krankheit weiter, während bei dem Beeinflussten Einsicht auftrat. Uebrigens war der letztere auch vor der Induction geistig nicht ganz normal. Beide Personen wurden als unzurechnungsfähig betrachtet. *S.*

Digitized by Google

Schaefer, **Ein Wort zum Schutze geisteskranker Soldaten gerichtet an das Preussische Officier- und Sanitätsofficiercorps. — Stuttgart. 1892.**

Die Errungenschaften der modernen Psychiatrie haben im Militärwesen noch nicht die praktischen Folgerungen nach sich gezogen, welche sie bereits nach sich hätten ziehen müssen und die in den letzten 20 Jahren nach dieser Richtung hin gemachten Vorschläge *(Koster, Tigges, Kirn, Fröhlich, Brosius, Dietz)* haben keinen Erfolg aufzuweisen. Dass diese Mahnungen aber berechtigt sind, dafür sprechen die Acten der Irrenanstalten, die Strafverzeichnisse der schliesslich als geisteskrank erkannten Soldaten und die Selbstmordstatistik der preussischen Armee, die Sanitätsberichte von 1879 bis 1883 für die preussische Armee und das XII. und XIII. Armeecorps ergeben, dass der Procentsatz der Selbstmorde 2 bis 3mal so hoch ist, wie in der Civilbevölkerung, dass die Selbstmorde in der allergrössten Mehrzahl der Fälle im ersten Dienstjahre erfolgen und dass in vielen Fällen die Ursache unbekannt bleibt. Die meisten Geisteskranken fallen ebenfalls in das erste Dienstjahr. Diese Thatsachen werden nur dadurch erklärt, dass bereits Geisteskranke eingestellt werden (1882/83: 148) und dass in den meisten Fällen die Ursache des Selbstmords ebenfalls Geisteskrankheit ist, wenn auch die Geisteskrankheit nicht immer erkannt wird. Da nun die gesetzlichen Vorschriften nicht genügen zum Schutze der Geisteskranken und die gemachten Vorschläge nicht befolgt sind, so ist eine Reform dringend nothwendig. Dieselbe muss aus dem Officiercorps selbst hervorgehen und deswegen müssen die Officiere über die Ansicht der Psychiater aufgeklärt werden. Verfasser stellt nun zur Verbesserung der Verhältnisse 7 Anträge, theils in Anlehnung an bereits früher gestellte, theils neue. Bisher „machte bestehende oder überstandene Geisteskrankheit dauernd untauglich". Verfasser hält dies für eine Härte und will den § 9 der Heerordnung Anl. 4b A 14 und Anl. 4 der Rekrutirungsordnung A 18 den Nachsatz zufügen, dass einem Manne, der früher geisteskrank war und sonst tauglich ist, der Eintritt ins Heer auf seinen Wunsch nicht verweigert werden darf. (Antrag 1.) Vollständig berechtigt ist der 2. Antrag, dass die Aufnahme eines Wehrpflichtigen in eine Irrenanstalt seitens der Landrathsämter in den Stammrollen zu vermerken ist. Da jedes Jahr eine grosse Menge von Schwachsinnigen und erblich Belasteten eingestellt werden und gerade sie stets zu Strafen Anlass geben, so müssen diese Leute den Officieren vorher bekannt werden. Dies geschieht am besten durch eine Aenderung der Nationalliste, indem unter körperlichen Fehlern auch die Degenerationszeichen durch die Truppenärzte eingetragen werden, durch die Civilbehörden aber die ganze psychische Anamnese erhoben und festgestellt wird, das Resultat des Schulbesuches eingetragen und die Anzahl der früher verbüssten Strafen angegeben wird. (Antrag 3.) Ein Schema dieser

Digitized by Google

Nationalliste ist dem Buche beigefügt. Da die Officiere zugleich Strafrichter sind, so sind sie mit gewissen psychiatrischen Anschauungen bekannt zu machen. (Antrag 4.) Verfasser bespricht in gemeinverständlicher Weise die hierbei am meisten in Betracht kommenden geistigen Störungen. — Die drei letzten Anträge gehen dahin, in den Fortbildungscursen für Militärärzte einen praktischen Cursus in der klinischen Psychiatrie hinzuzufügen, die Aerzte an den grössern Militärgefängnissen und Arbeiterabtheilungen ein 2 bis 3jähriges Commando an der Irrenklinik durchmachen zu lassen, und in das Centrum der Militär-Medicinalverwaltung einen Militärarzt mit gründlicher psychiatrischer Bildung zu berufen.

Serger.

***Wellenbergh*, Misshandlung und Beleidigung durch einen aufgeregten Schwachsinnigen mit epileptischem Charakter. — Psychiatr. Bladen X. Lieferung 3.**

B. S., 33 Jahre alt, stammt aus einer belasteten Familie; seiner Mutter Eltern waren beide Trinker, ebenso ergaben sich seine 2 Schwestern dem Trunke. Der Angeklagte fing sehr früh zu onaniren an und litt von seinem 17. bis 18. Jahre an an Anfällen von Bewusstlosigkeit. Dieselben hörten im 20. Lebensjahre auf. Gelegentlich einer zwangsweisen Einziehung einer Summe Geldes durch einen Gerichtsdiener fängt die Mutter auf den Diener an zu schelten. Der herbeigekommene Sohn wiederholt die Scheltworte und versetzt dem Beamten mit der Faust einen Schlag ins Gesicht. Ein von dem Sachverständigen eingeleitetes und ausführlich mitgetheiltes Gespräch mit dem Angeklagten lässt die geringe Intelligenz, Ueberschätzungsideen und Urtheilsunfähigkeit deutlich erkennen. — Das Gutachten führt aus, dass es sich um einen Schwachsinnigen handelt, der jedenfalls schon von Jugend auf psychopathisch ist. Er besitzt keine eigne Meinung und durch vermeintliche Benachtheiligung seiner Person entsteht ein Affect, der die normale Breite überschreitet. Zugleich ist der Angeklagte epileptisch und Verfasser schliesst dies aus dem ganzen Charakter des Angeklagten und aus den Tags über bei dem Angeklagten auftretenden Pollutionen, die nach Verfasser als epileptische Aequivalente aufzufassen sind.

Serger.

Digitized by Google

4. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und Therapie. Ref.: Snell-Hildesheim.

Allgemeine Pathologie.

Charcot, Clinique des maladies du système nerveux. Leçons du Professeur, Mémoires, Notes et Observations parus pendant les années 1889—90 et 1890—91 et publiés sous la direction de ***Georges Guinon*** etc. — Tome I. Paris, 1892. Aux Bureaux du Progrès médical.

Das vorliegende Werk ist der I. Band der Veröffentlichungen von Vorlesungen des berühmten Nervenarztes zu Paris. Es sind in 23 Vorlesungen die verschiedensten Erkrankungen des Nervensystems behandelt in der ausführlichen und bekannten anschaulichen Weise *Charcot's*. 3 Tafeln und 47 in den Text gedruckte Figuren sind zur Veranschaulichung beigegeben.

Zu einem ausführlichen Referat eignet sich dies Werk nicht und muss hinsichtlich der Reichhaltigkeit des Stoffes auf das Original verwiesen werden. *S.*

Régis, E., Manuel pratique de médecine mentale. Avec une préface par ***M. Benjamin Ball.*** Ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris. Deuxième édition, entièrement revue et corrigée. — Paris. Octave Doin, éditeur. 1892.

Ein Lehrbuch der Irrenheilkunde für Studirende soll dies schon in zweiter Auflage vorliegende Buch des bekannten französischen Psychiaters sein. Es zerfällt in zwei Theile und zwar beginnt der erste mit einem kurzen Abriss der Geschichte der Irrenpflege. Dann folgt die Begriffsbestimmung: Was ist Irresein?, an die sich unmittelbar die Aetiologie anschliesst; die Ursachen der Geistesstörungen werden nach dem üblichen Schema in prädisponirende und Gelegenheits-Ursachen unterschieden. Verlauf, Dauer, allgemeine Prognose und pathologische Anatomie der Geisteskrankheiten werden dann kurz im Allgemeinen besprochen und im zweiten Capitel die Elemente der psychischen Krankheiten erörtert. Erregung und Depression, Hallucinationen, Illusionen und Wahnideen und die die Psychosen begleitenden körperlichen Störungen werden hier kurz und bündig behandelt. Das dritte Capitel behandelt die heikle Frage der Eintheilung der Psychosen; die Eintheilungen von *Baillarger*, *Ball*, *Magnan*, *Hack Tuke*, *von Krafft-Ebing* werden mitgetheilt und dann gibt der Verfasser eine eigene Classification. Wie sagt doch *Buchez* so boshaft: „Wenn sie mit ihren Studien fertig zu sein glauben, so machen die Rhetoriker ein

Digitized by Google

Trauerspiel und die Irrenärzte eine Eintheilung"! Ob der Lernende dem Verf. für seine Eintheilung Dank wissen wird, darf wohl bezweifelt werden: *R.* stellt zunächst 2 grosse Gruppen, die functionellen und die constitutionellen Geisteskrankheiten auf. Erstere zerfallen in symptomatische oder allgemeine (besser wohl verallgemeinerte, franz. généralisé) und in partielle(!) oder essentielle Psychosen; unter die Rubrik der symptomatischen Psychosen fallen Manie, Melancholie und folie à double forme, während als einzige partielle Psychose die Paranoia chronica citirt wird. Im Allgemeinen sind neuere Autoren dem Terminus „partielle Verrücktheit" nicht sehr geneigt und zwar mit Recht, da es doch mehr als unwahrscheinlich ist, dass es „partielle" Geisteskrankheiten gibt. Die constitutionellen Psychosen theilt *R.* in Désharmonies, Neurasthénies, Phrenasthénies (Folie raisonnante, Folie morale), Monstruosités (Idiotie, Imbecillität, Cretinismus und Myxödem(!)) und in Demenz. Die Eintheilung erscheint für ein im Wesentlichen didactische Zwecke verfolgendes Buch etwas sehr gezwungen, wenngleich das leitende Princip, nur die Typen zu classificiren und alles andere wegzulassen, Billigung verdient, nur die in obigem Schema enthaltenen Formen bilden nach *R.* klare und distincte Einheiten; alle andern Geisteskrankheiten sind nichts andres, als Associationen irgend eines physiologischen oder pathologischen Processes im Organismus mit einer der primitiven Formen.(?) — Der Verf. glaubt wohl selbst nicht, dass seine Eintheilung nun ohne weiteres von den Fachgenossen acceptirt werden wird; es liegen eine Fülle von Einwänden gegen sie auf der Hand. — Nun wird auf die specielle Phathologie eingegangen und Manie, Melancholie, circuläres Irresein, die Paranoia, die Neurasthenie, die „Phrenasthenieen" und die Demenz besprochen. Dann folgen die Geistesstörungen im Anschluss an die physiologischen Zustände der Pubertät (die Existenz der Hebephrenie wird bestritten), des Seniums der Menstruation, des Fortpflanzungsgeschäftes und des Climacteriums und im nächsten Capitel die bei pathologischen Processen im Körper auftretenden Psychosen. La folie des diathèses bildet das nächste Capitel: Arthritismus (*Charcot* tritt ja von jeher lebhaft für die nervöse Natur jener Affectionen ein), Rheumatismus, Gicht, Diabetes und Carcinom werden in ihren Beziehungen zu den Psychosen kurz besprochen und dann die Geisteskrankheiten erörtert, die mit Krankheiten im Gebiete des Nervensystems auftreten: die Paralyse, die postapoplectische Demenz, die Psychosen bei Rückenmarkskrankheiten, bei Epilepsie, Hysterie, Chorea, Paralysis agitans und *Basedow*'scher Krankheit. Den Schluss des ersten Theiles bilden die Intoxicationspsychosen (Alkohol, Blei, Morphium, Absinth, Aether, Chloral, Cocain und Kohlendunst). — Der zweite Theil des Buches behandelt die Anwendung der Lehre von den Psychosen auf die Praxis: Der Aufnahme der Anamnese und des St. praesens ist eine längere Erörterung gewidmet, die gesetzlichen Bestimmungen über die Aufnahme in Irrenanstalten werden aufgezählt und auf circa 40 Seiten die Therapie besprochen. Der letzte

Digitized by Google

Abschnitt des Werkes ist der Lehre von den Beziehungen der Psychiatrie zur gerichtlichen Medicin gewidmet und die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit des Geisteskranken und seiner Dispositionsfähigkeit steht hier im Mittelpunkte der Darstellung.

Dieser kurzen Inhalts-Angabe des *Régis*'schen Lehrbuches seien noch einige Bemerkungen hinzugefügt:

1. Nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft ist es entschieden zu weit gegangen, wenn der Verf. (p. 112 ff.) behauptet, sehr viele Psychosen entständen durch Autointoxication. Wohl sucht er diese Ansicht durch Hinweis auf die Thatsache zu stützen, dass Auswaschungen des Magens nicht nur gegen die Nahrungsverweigerung bei Melancholischen wirken, sondern auch die Melancholie selbst günstig beeinflussen. Aber dieses Factum genügt doch ebenso wenig zur Aufstellung einer neuen Theorie, wie die Versuche am Thiere, die lehrten, dass erst 60 ccm Urin eines Maniacus ein Kilogramm Thier tödteten, während 25 ccm Urin eines Gesunden schon eine letale Dosis waren, Versuche, aus denen man schliessen zu können glaubte, dass beim Geisteskranken giftige Stoffe, die beim Gesunden durch den Urin ausgeschieden werden, im Blute kreisen. Ist nun aber die Ueberladung des Blutes mit harnfähigen Stoffen Ursache oder Folge der Psychose? Das ist noch eine offene Frage.

2. Die Lehre, dass bei acuter Manie (pag. 166) und bei Dem. paralytica (pag. 631) Ableitungen in Form künstlicher Eiterungen (Fontanelle, Haarseil) empfehlenswerth seien, erscheint doch recht antiquirt. Der Verfasser gibt sogar an (pag. 632), im Beginne der Paralyse durch energische Ableitung ein zeitweiliges Zurücktreten der Krankheit gesehen zu haben.

3. Bei acuter Melancholie räth der Verf. im Beginn des Leidens „moralische Behandlung durch Reisen und Zerstreuungen" an (pag. 190), und eine auf Beseitigung der angenommenen Autointoxication gerichteten Therapie (wiederholtes Abführen, innere Antisepsis). Beide Methoden sind in Deutschland wenigstens nicht üblich und wohl zum Heile der Kranken.

4. Die Prognose bei Irresein in der Pubertät bezeichnet Verf. als günstig, wenn keine starke Belastung vorliegt (quoiqu'en pensent certains auteurs allemands).

5. Das Versiegen der Lochien und der Milch ist Symptom und Folgeerscheinung der puerperalen Psychose, nicht, wie *R.* (pag. 350) meint, Ursache. Es ist ferner ein Irrthum, wenn er auf derselben Seite angibt, die klinische Form der puerperalen Psychose wäre stets die Manie und die Melancholie. Sollte dem Verf. die vor 15 Jahren im Archiv erschienene Arbeit *Fürstner*'s unbekannt geblieben sein? Eine recht häufige Form der Psychosen im Wochenbette ist, wie jetzt fast allseitig zugegeben wird, die acute hallucinatorische Paranoia.

6. Es ist ein Irrthum, wenn *R.* (pag. 484) lehrt, dass am häufigsten acute Manie nach epileptischen Anfällen aufträte; es handelt sich vielmehr wohl meistens um hallucinatorische Verwirrtheit.

Digitized by Google

7. Als Colonie im Anschluss an eine Anstalt wird in Deutschland unter andern „Ellen près l'asyle de Bremen" genannt (pag. 600). Ellen heisst das Dorf, in welchem *Engelken* in Rockwinkel seine Kranken-Colonie hat.

8. Entschieden muss gegen den Rath des Verfassers (pag. 596) protestirt werden, man solle, wenn der Kranke Schwierigkeiten macht, ihn unter der falschen Vorspiegelung eines Besuches oder eines Spazierganges in die Anstalt bringen. Im scharfen Gegensatz zu diesem Rath unseres Autors sagt das neueste deutsche Werk über Psychiatrie (*Kirchhoff*, p. 230) wörtlich: Soll ein Kranker in eine Anstalt gebracht werden, so sind falsche Vorspiegelungen und List verwerflich, da Misstrauen gegen Angehörige und Arzt die Folge sein werden. —

In der Vorrede prophezeit Prof. *Ball* dem Buche eine grosse Verbreitung; jedenfalls kann es aber zur Einführung in die Psychiatrie für den Studirenden und praktischen Arzt mit unserem *Kraepelin* in keiner Weise concurriren. Es ist weniger übersichtlich und bringt eine Fülle von Thatsachen und Reflexionen, die an sich ja sehr hübsch und interessant sind, den Anfänger aber nur verwirren.

Die Ausstattung des Buches ist gut, der Preis (8 fr.) billig zu nennen.

Lewald.

Meynert, Naturexperimente am Gehirn. — Jahrbücher f. Psychiatrie Bd. 10, Heft 2 u. 3.

Es ist nicht nur die Physiologie eine Hülfswissenschaft der Psychiatrie, sondern auch die Psychiatrie eine Hülfswissenschaft der Physiologie.

Das physiologische Experiment deckt sogar weniger Erscheinungen auf, als uns dadurch aufgedeckt werden, dass die psychische Krankheit ein Bewusstseinsleben unter veränderten Verhältnissen ist. Der Physiologe kann experimentell zwei unserer Krankheitsformen hervorrufen: den Blödsinn und die Epilepsie. Während aber das physiologische Experiment zur Erzeugung des Blödsinns stets den Weg einschlägt, grosse Theile des Gehirnes ganz zu zerstören, wird durch die Natur derselbe Erfolg auf sehr verschiedene Weise hervorgebracht.

Die Erscheinung des Stupors hat grosse Aehnlichkeit mit dem Blödsinn, den die experimentelle Physiologie durch Entfernung der Grosshirnhemisphären erzeugt, da er aber heilbar ist, so beruht er nicht auf Zerstörung, sondern auf herabgesetzter Erregbarkeit des Gehirnes. Stupor ist das Ausfallen der Associationen, deren Bildung in den Hemisphären vor sich geht. Wenn die Associationen nicht ausfallen, sondern nur verschlechtert werden, so entsteht die Verworrenheit. Sinneswahrnehmungen bestehen auch bei Thieren ohne Vorderhirn. In der Verworrenheit ist die Thätigkeit der Hemisphären tief herabgesetzt; diese können also nicht trotzdem Sinneswahrnehmungen ohne Objecte schaffen. Die Hallucinationen entstehen vielmehr in den subcorticalen Centren.

Digitized by Google

Der paralytische Blödsinn geht mit einer gewissen Reizerscheinung, der heiteren Verstimmung, einher. Da die Paralyse nur Ausfallserscheinungen hervorbringen kann, so muss auch die Leistung der Gefässcentren, durch welche die heitere Verstimmung entsteht, als Ausfallserscheinung aufgefasst werden. Die normale heitere Stimmung ist von einer Hebung der Farbe, einer verminderten Innervation der Gefässe begleitet. Diese vasomotorischen Vorgänge sind also Ausfallserscheinungen, nicht eine kräftige Bethätigung der Gefässcentren.

Die Manie wird vorwiegend verursacht durch Anämie. Diese Anämie erstreckt sich auch auf die Gefässcentren, setzt deren Wirksamkeit herab und bewirkt so durch eine Art Lähmung, dass sich die Gefässe erweitern, Hyperämie und manische Verstimmung mit ihrem Functionsüberfluss verursachen. Dadurch wird auch die Anämie der Gefässcentren selbst gehoben und die Manie wird geheilt. Nimmt aber die Gefässfülle noch weiter zu, so wirkt von dem Gefässcentrum aus auf die Gefässnerven ein zu hoher Reiz, die Gefässe verengen sich sehr, im Gehirne tritt an die Stelle der Hyperämie eine Anämie, die heitere Verstimmung macht einer traurigen Verstimmung, der Melancholie, Platz.

Die Wägungen an dem zertheilten Gehirne Geisteskranker haben ergeben, dass bei der Paranoia, im Gegensatz zur Paralyse, die Hemisphären ein relativ sehr hohes Gewicht haben. Da sie nicht wirklich gewachsen sein können, muss ihr Ueberwiegen auf einer Atrophie des Hirnstammes mit den subcorticalen Centren beruhen. Auch das spricht für die Entstehung der Hallucinationen, die bei der Paranoia eine so grosse Rolle spielen, in den subcorticalen Centren.

Die Erblichkeit ist in ihrer Wirksamkeit weit überschätzt worden. Ein Inhalt des Bewusstseins kann nicht vererbt werden. Das Beissen, Lecken, Saugen und Kauen der neugeborenen Kinder beruht nicht auf vererbtem Gedächtniss (Instinct), sondern ist Reflexbewegung. Ebenso sind das Picken, Scharren und Flügelschlagen des Hühnchens als Reflexbewegungen zu deuten.

Das sind in Kurzem die interessanten, aber zum Theil sehr anfechtbaren Ausführungen *Meynert's*.

Wernicke, C., Grundzüge einer psychiatrischen Symptomenlehre. — Berliner klin. Wochenschrift No. 23.

W. will ein natürliches Eintheilungssystem der psychischen Krankheitssymptome durch Verfolgung derjenigen Grundsätze gewinnen, welche bei der Lehre von der Aphasie allgemeinere Geltung erlangt haben. Nimmt man innerhalb des centralen Sprachmechanismus zwei Localitäten an, von denen die eine (s) der sensorischen, die andere (m) der motorischen Sprachfunction vorsteht, und ferner in der Begriffsregion zwei unter einander durch eine Associationsbahn verbundene Centren, von denen das eine (A) der centripetalen, das andere (Z) der centrifugalen Seite des Schemas näher

Digitized by Google

steht, so lassen sich alle Störungen der Sprache der Geisteskranken — soweit es sich nicht etwa um subcorticale Störungen handelt — in drei Kategorien bringen, je nachdem sie der Bahn sA, AZ oder Zm angehören. Dementsprechend kann man sie als psychosensorische, intrapsychische oder psychomotorische bezeichnen. Nicht nur auf die Sprachvorgänge, sondern auf alle psychischen Symptome lässt sich dieses Schema anwenden, wobei dann s jedes beliebige Sinnesgebiet, m jedes beliebige motorische Gebiet bedeutet, während unter Z Zielvorstellungen und unter A Ausgangsvorstellungen zu verstehen sind.

Daraus ergeben sich die Benennungen der psychischen Symptome als psychosensorische Anästhesie, Parästhesie und Hyperästhesie, als intrapsychische Afunction, Parafunction und Hyperfunction und als psychomotorische Akinese, Parakinese und Hyperkinese.

Bruns, L., **Ueber Störungen des Gleichgewichtes bei Stirnhirntumoren. — Deutsche med. Wochenschrift No. 7.**

Unter cerebellarer Ataxie versteht man eine Störung des Stehens und Gehens, bedingt durch eine Unsicherheit der Körperhaltung, Schwanken und Taumeln, wie beim Alkoholrausch, und durch Unvollständigkeit in der Coordination der Bewegungen der unteren Extremitäten.

B. weist nun durch Mittheilung von 4 eigenen Beobachtungen und durch Anführungen aus der Literatur nach, dass diese „cerebellare Ataxie" durchaus nicht die specifische localdiagnostische Bedeutung hat, welche man ihr im Allgemeinen zumisst, sondern vielmehr auch ein häufiges Symptom von Tumoren im Stirnhirne ist. Trotz der Aehnlichkeit dieses Hauptsymptoms der Kleinhirn- und Stirnhirn-Tumoren ist es jedoch in den meisten Fällen möglich, eine Differenzialdiagnose zwischen beiden zu stellen. Es ist hier namentlich von Wichtigkeit, dass Tumoren im Stirnhirn, wenn ihr Sitz nicht gar zu weit von den Centralwindungen entfernt ist, fast immer hemiplegische Erscheinungen verursachen, dass häufig eine ganz bestimmt umschriebene Schmerzhaftigkeit bei Percussion des Schädels zur Localdiagnose führt und dass oft ein ausgesprochen tympanitischer Percussionsschall die Lage des Tumors bezeichnet, wahrscheinlich auf einer Usur des Knochens durch den Tumor beruhend.

In vielen Fällen deuten auch die psychischen Symptome auf das Bestehen eines Tumors im Stirnhirn, so z. B. das merkwürdige Auftreten einer Neigung zu Witzen und Wortspielen.

Pick, **Beiträge zur Lehre von den Hallucinationen. — Neurolog. Centralblatt No. 11.**

Die Mittheilungen haben den Zweck, Material zu liefern, welches dazu beitragen kann, die Lehre von den Hallucinationen in engeren Zusammenhang mit der neueren Lehre von den centralen Sinnesfunctionen zu bringen.

Digitized by Google

Nach der Erwähnung einer Mittheilung von *Holland* über einen Greis, welcher 3 Tage nach einer etwa einen Tag lang bestehenden atactischen Aphasie und Worttaubheit bei einer Ausfahrt Gehörshallucinationen bekam, wird über einen Paralytiker berichtet, welcher mehrmals nach dem Auftreten eines rechtsseitigen typischen epileptiformen Anfalles an Parese der rechten Extremitäten, an motorischer Aphasie und drei Tage später an Gehörshallucinationen von der rechten Seite her litt. Das Auftreten der ausschliesslich rechtsseitigen Hallucinationen erklärt sich durch den Sitz des pathologischen Vorganges in der linken Hemisphäre. Ferner werden mehrere Beobachtungen mitgetheilt, in welchen ein Einfluss psychischer Vorgänge auf Hallucinationen vorliegt.

Eine an Paranoia leidende Frau hallucinirte nur von rechts, solange das linke Ohr durch einen Cerumenpfropf verstopft war. Sobald dieser entfernt wurde, hörte die Kranke auch mit dem linken Ohre Stimmen.

Eine Kranke, welche graue Figürchen vor sich tanzen sah, bemerkte, dass diese Erscheinungen kleiner wurden, wenn man ihr Concavgläser gab, und dass sie die Farben der Gläser annahmen, durch welche sie betrachtet wurden.

Schliesslich wird über einen Kranken berichtet, der nicht nur mit dem linken Ohre allein die hallucinirten Stimmen hörte, sondern auch mit dem linken Auge Nebel und obscöne Gegenstände sah, ferner an der linken Hand ein brennendes Gefühl empfand und Schwefelgeruch an ihr wahrzunehmen glaubte.

***Séglas* und *Londe*, Ueber die Hallucinationen und im Besonderen die psychomotorischen Worthallucinationen in der Melancholie. — Archives de Neurologie, März und Mai (No. 68 u. 69).**

Ausgehend von der Theorie, dass die Hallucinationen functionelle Störungen der Rindencentren seien, unterscheiden die Verfasser mit *Baillarger* psychosensorische und psychomotorische Hallucinationen (hallucinations psychomotrices). Unter den letzteren verstehen sie das Empfinden einer inneren Stimme ohne wirklichen Gehörseindruck und das Lautwerden der eigenen Gedanken.

Diese Art von Hallucinationen soll häufig übersehen und häufig mit wirklichen Gehörshallucinationen verwechselt werden. In der Melancholie sollen die eigentlichen Hallucinationen viel seltener sein als die inneren Stimmen und gewöhnlich gegen diese sehr zurücktreten. Wo wirkliche Gehörshallucinationen im Vordergrunde stehen, soll es sich in der Regel nicht mehr um Fälle von reiner Melancholie handeln, sondern es soll z. B. Hysterie mit im Spiele sein.

Krankengeschichten aus der Salpêtrière dienen zur Stütze für die Ausführungen.

Digitized by Google

Chvostek, F., **Beiträge zur Theorie der Hallucinationen. — Jahrbücher für Psychiatrie Bd. 11, Heft 3.**

Um den Einfluss des elektrischen Stromes auf Gehörshallucinationen zu untersuchen, stellte *Ch.* Beobachtungen an Hallucinanten an, welche bei 7 Kranken zu positiven Ergebnissen führten. Es gelang sowohl durch die Einwirkung des galvanischen Stromes auf das Ohr, als auch durch Vorhalten von Stimmgabeln nicht einfache Klangempfindungen, sondern complicirte Gehörshallucinationen zu erzeugen. Doch gelang dies nur zu gewissen Zeiten, wenn die Kranken vor nicht zu langer Zeit auch spontan hallucinirt hatten; die Versuche führten dagegen zu negativen Resultaten, wenn die Kranken bereits längere Zeit nicht mehr an Gehörstäuschungen gelitten hatten. Daraus geht hervor, dass abnorme Erregungsverhältnisse des Centralorganes vorhanden sein müssen, damit die durch den elektrischen Strom hervorgerufenen Sensationen zum Aufbau von Sinnestäuschungen verwendet werden können. *Ch.* glaubt, dass diese Hallucinationen nicht reflectorisch auf dem Wege des Trigeminus zu Stande kommen, sondern dass sie durch directe Erregung des Acusticus entstehen, weil es ihm nicht gelang, durch andere sensible Reize (Stechen, Kneifen einer Hautfalte) an der Stelle, an welcher die Elektrode aufgesetzt wurde, ebenfalls Sinnestäuschungen hervorzurufen. *Ch.* verficht die Theorie *Meynert's* von der Entstehung der Hallucinationen in den subcorticalen Centren. Schliesslich wird betont, dass es unmöglich sei, durch künstlich hervorgerufene Hallucinationen auf die Stimmung der Kranken einzuwirken, da vielmehr die Färbung der Hallucinationen abhängt von der Stimmung des Kranken.

Klippel, **Störungen der Leberfunction bei Geisteskranken. Folie hépatique. — Archive générale de médecine. August.**

Die von *K.* beobachteten Fälle von Lebererkrankung in Verbindung mit Geistesstörung zeigten nicht die Symptome, welche gewöhnlich auf das Bestehen eines Leberleidens aufmerksam machen. Doch fanden sich bei Untersuchung des Urins Anzeichen einer Störung in der Function der Leberzellen. Unter ihnen hält *K.* die Urobilinurie für das wichtigste. Sie fand sich gewöhnlich bei der allgemeinen Paralyse und beim chronischen Alkoholismus, zeitweise zeigte sie sich im Beginn der Melancholie, selten bei den übrigen Geisteskrankheiten, doch macht hier die später zu besprechende „Folie hépatique" eine Ausnahme. Bei Erregungszuständen bezeichnete das Auftreten von Urobilin im Harn manchmal den Beginn der Krise und das Ende des Anfalls. Als Entstehungsursache der Urobilinurie betrachtet *K.* einen schnellen Zerfall der rothen Blutkörperchen und eine gestörte Function der erkrankten Leberzellen, die leicht zu einer Autointoxication des Körpers führt. Therapeutisch wendet er ausser Naphtol, Salol und andern Arzneimitteln Hydrotherapie und Massage an, als Nahrung gibt er ausschliesslich Milch und Eier.

Digitized by Google

K. unterscheidet 2 Kategorien von Geistesstörungen, die in Verbindung mit Lebererkrankungen vorkommen. Bei der ersten spielen die Störungen der Leberfunction nur eine secundäre Rolle. Wenn sie überhaupt Einfluss auf den geistigen Zustand haben, so treten sie verstärkend zu andern primären Krankheitsursachen hinzu. In der zweiten Gruppe fasst *K.* unter dem Namen „folie hépatique" alle Fälle von Geistesstörnng zusammen, welche durch Lebererkrankungen entstanden sind und durch dieselben weiter unterhalten werden. Er schildert dann den pathologisch-anatomischen Befund bei den verschiedenen Krankheitsbildern.

Bei Paralytikern sah er einen Complex von Veränderungen der Leber, den er als „foie vaso-paralytique" beschreibt: Erweiterung der Arterien mit capillären herdförmigen Hämorrhagien, gelblich verfärbte infarktähnliche Flecken im Parenchym, Pigmentatrophie der Leberzellen in Folge von vasomotorischen Störungen. Mikroskopisch fand er die Capillaren erweitert und mit rothen Blutkörperchen vollgestopft.

Bei chronischem Alkoholismus fand *K.* jedesmal Leberatrophie und Cirrhose. Er glaubt daher, dass Lebererkrankungen häufiger bei geisteskranken als bei gesunden Potatoren sind und dass alle Alkoholiker, bei welchen nach Entziehung des Alkohols die geistigen Störungen fortbestehen, eine Erkrankung der Leber zeigen.

Bei Betrachtung der „folie hépatique" gibt *K.* zuerst die Krankengeschichte eines 62jährigen Postbeamten, bei dem Alcoholismus auszuschliessen und erbliche Belastung nicht nachzuweisen war. Derselbe erkrankte nach ganz geringen Prodromalerscheinungen an einer acuten Psychose mit starkem Bewegungsdrang, Verwirrtheit und Grössenideen. Der Urin wahr sehr stark urobilinhaltig; sonstige Symptome, die auf eine Erkrankung der Leber hinwiesen, waren nicht vorhanden. Wurde die Erregung geringer, so nahm auch der Urobilingehalt des Harns ab. Nach dreimonatlicher Dauer der Krankheit erfolgte der Exitus letalis. Bei der Obduction zeigten alle Organe im wesentlichen normales Aussehen, nur die mikroskopische Untersuchung der Leber ergab unregelmässige Form und sehr ausgesprochene Atrophie der Zellen und veränderte Gestalt der Trabekel. *K.* glaubt daher die geistige Erkrankung auf die Veränderung der Leber zurückführen zu müssen.

Als Analogon zieht er die Geistesstörung im Endstadium der Cirrhose und des Leberkrebs sowie nach Phosphorvergiftung herbei. Alle diese geistigen Erkrankungen sind durch Insufficienz der Leberfunction hervorgerufene Autointoxicationen. Als unterstützende Momente findet man zuweilen noch gestörte Ausscheidungsfähigkeit der Nieren und erbliche Belastung. *K.* stellt die „folie hépatique" in eine Linie mit der „folie brightique" und der aus gastrointestinalen Störungen hervorgegangenen Melancholie.

Richard Snell (Hildesheim).

Digitized by Google

D'Abundo, G., Ueber die Giftigkeit des Blutes Geisteskranker. Ricerche cliniche, batteriolog., sperimentali. — Rivista freniatr. XVIII, 2. p. 292.

Prof. *Rummo*'s und *Bordoni*'s Schrift über die Giftigkeit des Blutserums des Menschen und der Thiere im normalen Zustande und bei Infectionskrankheiten (1889) gab dem Verf. Veranlassung zu ähnlichen Versuchen mit dem Blute Geisteskranker. Unter allen möglichen antiseptischen Kautelen wurde das Serum in die Venen von Kaninchen eingespritzt, die meistens unter Convulsionen nach wenigen Minuten, längstens nach Stunden, starben. Ausserdem wurden in dem Serum Anthrax-Bacillen gezüchtet und die geringere oder grössere baktericide Wirkung zahlenmässig oder durch Impfung auf Meerschweinchen festgestellt. — Unter den betreffenden Kranken, von denen das Blut durch einen kleinen Aderlass, übrigens ohne jeglichen Nachtheil, behufs Gewinnung des Serums entnommen wurde, befanden sich 20 mit Dementia paralyt. progressiva, 9 mit einfacher, einschliesslich seniler Demenz, 7 Lipemanische, 6 mit Paranoia, 8 mit Pellagra, 4 an Mania Leidende, 5 Idioten, 6 Imbecille, 9 mit Epilepsie und 1 Hysterische.

Das Ergebniss war, dass das bei den agitirten Formen der Geistesstörungen entnommene Blut, resp. Serum, ein weit grösseres Vermögen zur Vernichtung der betr. Bakterien äusserte, als dasjenige der Depressionsformen. Da, wo die Giftigkeit des Blutes erhöht war, war aber auch die baktericide Kraft beträchtlicher. — Daraus jedoch einen Schluss auf die geringere Empfänglichkeit der Geistesgestörten für Infectionskrankheiten zu ziehen, wagt Verf. nicht.

Nun lag die Frage nahe, ob die Geistesstörung an sich den Stoffwechsel der Gewebe so beeinflusse, dass giftige Substanzen im Kreislaufe sich ablagern, oder ob jene das Produkt eines körperlichen Leidens, einer Infection oder Intoxication sei. — Für den ersten Fall sollen die bei verlangsamtem Stoffwechsel in den Muskeln sich erzeugenden toxischen Agentien, ferner die (von *Guicciardi*, *Savage* und *Needham*) durch Massage erzielten Heilungen bei Melancholischen, ebenso wie die Umwandlung der Depressionsform in die agitirte bei ebendenselben sprechen. — Was von dem Muskelsystem gilt, gilt auch für die anderen Gewebe. — Die Genese der Psychose in Folge von Infectionskrankheiten u. a. m. ist weniger schwierig zu deuten. *Fränkel.*

Beadles, Gallensteine bei Geisteskranken. — The Journ. of mental science. Juli.

B. secirte die Leichen von 50 geisteskranken Frauen und fand hierbei 18mal Steine in der Gallenblase vor. Dieser Procentsatz (36 pCt.) ist ungemein hoch und übertrifft bei weitem den bei geistig Gesunden berechneten.

Digitized by Google

B. gibt eine sehr genaue tabellarische Uebersicht über die 18 Fälle in Bezug auf Körperbeschaffenheit, Todesursache, Form der geistigen Erkrankung, Dauer der Krankheit, Beschaffenheit der Leber, der Gallenblase und der gefundenen Steine. Nur bei 2 Leichen zeigten die Nieren keinerlei pathologische Veränderungen, in 5 Fällen enthielt die Gallenblase keine Galle. Die Leber war meistens fettig degenerirt. Die Gallensteine enthielten in $^2/_3$ der Fälle Cholestearin, die übrigen bestanden aus Gallenfarbstoff und Schleim.

Von den obducirten Frauen waren 11 über 60 Jahre alt, keine jünger als 42. Körperbeschaffenheit und Form der Geisteskrankheit schienen nicht von Einfluss zu sein; Manie und Melancholie waren annähernd gleich oft vertreten. Symptome, welche auf das Vorhandensein der Steine hinwiesen, waren bei Lebzeiten der Patienten nicht beobachtet.

In der Litteratur fand *B.* die verschiedensten Momente angegeben, welche die Bildung von Gallensteinen begünstigen sollten. Zu geringe Körperbewegung und reichliche Nahrungsaufnahme, das Trinken von hartem Wasser sind Factoren, denen *B.* nach seinen Beobachtungen keine grössere Bedeutung beilegt. Eher möchte er annehmen, dass Tuberkulose und Leberkrebs häufig mit Gallensteinen zusammen vorkämen. Auch das Alter mit seiner Herabsetzung der Functionen aller Organe sieht er als begünstigendes Moment an. Hierzu kommt, dass Geisteskranke grosse Neigung zu katarrhalischen Affectionen zeigen und dass durch Schleimflöckchen in der Gallenblase oft der erste Anlass zur Bildung von Steinen gegeben wird. Alle diese Momente trafen bei dem *B.* zu Gebote stehenden Material zusammen.

Zum Schluss wird die Frage angeregt, ob bei Geisteskranken die Ausscheidung des Cholestearin durch die Galle vermehrt sei.

Richard Snell.

Bissel, H., Ueber die Menstruation unter den Geisteskranken. — Centralbl. f. Gynäkolog. No. 43.

Fast bei allen Kranken trat zur Zeit der Menstruation grössere Reizbarkeit auf, vielfach auch vermehrte Neigung zu Gewaltthätigkeit; selbst Krampfanfälle stellten sich zu dieser Zeit ein, bei Epileptischen in sehr auffallender Weise. Es war dies selbst bei solchen Kranken der Fall, welche ganz normale Geschlechtstheile hatten. Andererseits hatte aber auch die Beseitigung einer vorhandenen Krankheit der Genitalien gewöhnlich keinen Einfluss auf die Epilepsie, so z. B. änderte sich nichts bei einer Frau mit Hymen imperforatum, nachdem hier eingeschnitten und eine grosse Menge von Menstrualblut entfernt war. Ueber Dysmenorrhoe kann *B.* wenig berichten; unter den Reconvalescenten kamen leichtere Klagen vor, dagegen sind Schwerkranke viel zu indifferent gegen Schmerzen, um solche zu äussern. Auch die Wärterinnen pflegten meist in der ersten Zeit nach ihrem Dienstantritt ein Ausbleiben ihrer Menstruation zu beob-

Digitized by Google

achten, ohne andere Gesundheitsstörungen, offenbar wohl aber Folge der veränderten Lebensweise. Im Ganzen ist aber dennoch eine normale Menstruation ein Zeichen allgemeiner Gesundheit. Immerhin sind geringe Schwankungen so häufig, dass man intermenstruelle Zeiträume von 3 bis 5 Wochen noch als regelmässig auffassen muss. Bei chronisch Geisteskranken bezeichnet der Eintritt der Menopause keine Aenderung der Krankheitsform. Bei acuten Geisteskrankheiten kehrt die Menstruation mit der allgemeinen Gesundheit zurück. Tritt hiermit nicht zugleich auch eine Zunahme der Geisteskraft ein, so ist das ein übles Zeichen. (Es dürften dabei wohl verschiedene Momente mitsprechen; Zunahme des Körpergewichtes, z. B. bei nicht gleichzeitiger Zunahme grösserer geistiger Klarheit. Die Rückkehr der Menstruation wird wohl auch mit der Zunahme der Körperkräfte in Zusammenhang stehen. Ref.) Die den Unregelmässigkeiten der Menstruation zu Grunde liegenden Ursachen sind viel mehr zugleich auch die Ursachen der Geisteskrankheit, als jene Unregelmässigkeiten selbst. Tonica und allgemeine Maassregeln, die auf eine Kräftigung des ganzen Organismus ausgehen, sind im allgemeinen der örtlichen Behandlung vorzuziehen. *S.*

***Senator, H.*, Ueber Mitbewegungen und Ersatzbewegungen bei Gelähmten. — Berliner klin. Wochenschrift No. 1 u. 2.**

Mitbewegungen sind diejenigen unwillkürlichen Bewegungen, welche zugleich mit einer anderen absichtlichen oder reflectorischen Bewegung gemacht werden, Ersatzbewegungen nennt *S.* diejenigen Bewegungen, welche unwillkürlich an Stelle einer anderen beabsichtigten Bewegung eintreten. Man kann alle pathologischen Mitbewegungen und Ersatzbewegungen in drei Gruppen bringen:

1. Unwillkürliche Bewegungen, welche in willkürlich bewegten Muskeln auftreten, zugleich mit oder an Stelle von anderen gewollten Bewegungen.

2. Unwillkürliche Bewegungen, welche in willkürlich nicht beweglichen Muskeln zugleich mit oder an Stelle von gewollten Bewegungen auftreten.

3. Unwillkürliche Bewegungen, welche zugleich mit einer anderen unwillkürlichen Bewegung oder an deren Stelle auftreten; dies sind die Reflexbewegungen, die zu anderen Reflexbewegungen sich hinzugesellen, die man also als „reflectorische Mitbewegungen" bezeichnen kann.

Den Ursprung dieser Bewegungen verlegt man allgemein in die Centraltheile des Nervensystems, während die Ansichten über ihre genauere Localisirung auseinander gehen.

S. zeigt nun an einer Krankengeschichte, dass es auch Fälle gibt, in welchen der Ursprung einer Mitbewegung im peripheren Nervensystem gesucht werden muss. Ein Maler fiel von einem Gerüste und trug eine Kopfverletzung davon, aus der 37 Knochensplitter entfernt wurden. Ein

Digitized by Google

Jahr später erlitt er einen Schlaganfall, nach welchem Sprachlosigkeit und rechtsseitige Lähmung auftraten, welche allmählich, aber nur unvollständig, verschwanden. 12 Jahre nach dem Unfalle kam der Kranke in die Charité. An der behaarten Kopfhaut links fand sich eine 4—5 cm lange, vertiefte Knochennarbe. Der rechte Arm war paretisch und gerieth bei jedem Versuche willkürlicher Bewegung in heftige choreatische Zuckungen. Die Zunge wich sehr nach rechts ab. Das Auffallende war nun, dass bei dem Vorstrecken oder dem Hervorziehen der Zunge, ebenso aber auch bei Druck auf eine bestimmte, schmerzhafte Stelle am Halse unterhalb des rechten Kieferwinkels eine ganz bestimmte unwillkürliche Bewegung ausgeführt wurde, indem der rechte Arm mit einem krampfhaften Ruck im Ellenbogengelenk gebeugt und die Hand, mit gestrecktem Zeigefinger, während die übrigen Finger zur Faust geballt waren, bis zur Höhe der Schläfe emporgeschnellt wurde, wie zum militärischen Grusse.

Man muss annehmen, dass durch den Sturz von dem Gerüste in der Tiefe der rechten Halsgegend, da wo später die empfindliche Stelle lag, eine Verletzung entstanden ist mit nachfolgenden chronisch entzündlichen Prozessen, durch welche ein beständiger Reizzustand in den Nerven jener Gegend unterhalten wurde. Durch den Druck, der entweder von Aussen oder durch den Muskelzug beim Vorwärtsbewegen der Zunge auf diesen Punkt ausgeübt wurde, entstand nun entweder eine Reflexbewegung, indem der einseitig centripetal zum Rückenmark verlaufende Reiz hier etwa in derselben Höhe eine Bewegung derselben Seite auslöste, oder der Druck wirkte als centrifugaler Reiz direct auf die motorischen Nerven. Die erste von diesen Annahmen ist wohl vorzuziehen, weil die reizbare Stelle im Bereiche des Plexus cervicalis, nicht des Pl. brachialis lag.

v. *Bechterew*, *W.*, Ueber eine neue Untersuchungsmethode der Sehnenreflexe und über Veränderungen letzterer bei Geisteskrankheiten und Epileptikern. — Neurolog. Centralblatt No. 2.

Um das Schwingen des Unterschenkels beim Beklopfen der Sehne des Quadriceps femoris und dadurch die Stärke des Sehnenreflexes zu messen, hat *v. B.* ein Instrument, den Reflexograph, construirt. Dasselbe zeichnet eine Curve auf einen rotirenden Cylinder, aus welcher die Kraft und Dauer der Reflexbewegung, sowie auch die Latenzperiode, d. h. die Zeit von dem Schlage auf die Sehne bis zum Beginne der Fussbewegung ersehen werden können. Ein minder complicirter Apparat, welcher aus einer senkrechten Säule von Holz und einem Bogen mit Gradeintheilung besteht, gibt nur Auskunft über die Stärke des Reflexes, wobei der Punkt, welchen der Fuss in der Vorwärtsbewegung erreicht, beobachtet werden muss, nicht durch den Apparat selbst gezeichnet wird.

Unter den Resultaten, welche mit diesen Instrumenten erhalten wurden, ist besonders hervorzuheben, dass bei Epileptikern während der

Digitized by Google

Anfälle des „grand mal" die Sehnenreflexe verschwanden und nach dem Anfalle die Latenzperiode im Mittel etwas länger zu sein schien als vor demselben.

Hunde, bei welchen durch elektrische Reizung der Hirnrinde epileptische Anfälle herbeigeführt wurden, zeigten ein ähnliches Verhalten: nach starken Anfällen wurde gewöhnlich gänzliches Verschwinden der Patellarreflexe beobachtet, oder doch eine Abnahme derselben.

Leyden, E., Ueber die hemiopische Pupillenreaction *Wernicke's* (hemianoptische Pupillenstarre). — Deutsche med. Wochenschrift No. 1.

Das Centrum für die reflectorischen Bewegungen der Iris liegt in den Vierhügeln. Das Sehcentrum der Hirnrinde liegt im Occipitallappen. Folglich muss bei Unterbrechungen der Opticusfasern hinter dem Chiasma das Verhalten der Pupille ein verschiedenes sein, je nachdem die Unterbrechung vor den Vierhügeln oder zwischen diesen und der Hirnrinde stattfindet. Im letzteren Falle besteht homonyme Hemianopsie ohne Störung der Pupillenbewegung; wird aber der Tractus opticus vor den Vierhügeln getroffen, so besteht, wie *Wernicke* gezeigt hat, neben der homonymen Hemianopsie auch Reactionslosigkeit der Pupille, wenn die für Licht unempfindliche Seite der Retina allein getroffen wird.

Diese interessante Erscheinung war in dem von *L.* mitgetheilten Falle zu beobachten. Die von einem Schlaganfall betroffene Patientin zeigte linksseitige Lähmung, deutliche homonyme Hemianopsie und hemianoptische Pupillenreaction: die Contraction der Pupille blieb aus, wenn man mittels einer Sammellinse vorsichtig die rechte Retinahälfte allein beleuchtete, trat dagegen deutlich ein bei Beleuchtung der linken, normal fungirenden Retinahälfte. Die Section ergab im rechten Linsenkern einen spindelförmigen Erweichungsherd, welcher sich bis in den Hirnschenkel hinein erstreckte und den Tractus opticus zum Theil mit ergriffen hatte.

Wilbrand, Hermann, Ueber Gesichtsfeldveränderungen bei functionellen Störungen des Nervensystems. — Wiener medicin. Presse No. 10.

W. unterscheidet bei den functionellen Störungen des Nervensystems zwei Grundformen von Veränderungen des Gesichtsfeldes, erstens die gleichmässige, allgemein concentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes, welche unter Schwankungen durch Monate, selbst durch Jahre gleich bleibt, und zweitens diejenigen Einschränkungsformen, welche durch leichtere Ermüdbarkeit des Nervensystems bedingt werden. Eine besondere, selten beobachtete Form dieser Ermüdungserscheinungen im Gesichtsfelde ist das oscillirende Gesichtsfeld: längs desselben Meridians wird das Untersuchungsobject in regelmässigen oder in unregelmässigen Intervallen bald gesehen,

Digitized by Google

bald verschwindet es. Die gleiche Art der functionellen Störungen kann die verschiedenartigsten Defectformen im Gesichtsfelde zur Folge haben. So kommt bei Neurasthenikern in einem Falle ein oscillirendes Gesichtsfeld vor, in einem anderen ein anfänglich normales, aber durch leichte Ermüdbarkeit rasch sich verengendes Gesichtsfeld, im dritten Falle eine allgemeine gleichmässige concentrische Einschränkung ohne Ermüdbarkeit.

Krypiakiewicz, Joseph, Einige Beobachtungen über das Blut der Geisteskranken. — Wiener med. Wochenschrift No. 25 u. 26.

Bei zwei Frauen, von denen die eine an primärer Verrücktheit, die andere an progressiver Paralyse litt, steigerte sich die Zahl der eosinophilen Zellen zur Zeit der Menstruation ganz so wie bei gesunden Frauen.

Eine im Klimakterium acut an Hallucinationen erkrankte Frau zeigte eine Vermehrung der eosinophilen Zellen auf 13—15 pCt. der Gesammtzahl der Leucocyten. Ein 28jähriger Mann, der an Hallucinationen und Wahnideen sexuellen Inhaltes litt, hatte 8—9 pCt. Bei allen übrigen untersuchten Geisteskranken fand sich die normale Zahl von 3 bis 5 pCt. eosinophiler Zellen.

In den verschiedensten Formen der Geistesstörung, ganz besonders aber bei der Paralyse und noch mehr bei dem sich aus acuten Psychosen rasch entwickelnden secundären Blödsinn fand *K.* eine erhebliche Abnahme des Hämoglobingehaltes und Veränderung der rothen Blutkörperchen, (Megalocytose, Mikrocytose und Poikilocytose), und zwar unabhängig von dem körperlichen Befinden. Er erwartet, dass diese Beobachtungen in prognostischer und therapeutischer Beziehung Verwerthung finden können.

Kiernan, Ist Genie eine geistige Erkrankung? — The Alienist and Neurologist. Januar.

Seit den Zeiten des Aristoteles bis heute ist viel über diese Frage geschrieben worden. *K.* gibt eine ausführliche Zusammenstellung und kritische Betrachtung der für und wider angeführten Gründe. Die Arbeit zeugt von einer gründlichen Kenntniss der einschlägigen Literatur; einigen Behauptungen *K.*'s wird man allerdings nicht zustimmen können, so z. B. hält er *Virchow* für keinen Germanen, sondern für einen slawischen Wenden.

Richard Snell.

Wernicke, C., Ueber fixe Ideen. — Deutsche med. Wochenschrift No. 25.

Im Gegensatze zu der Annahme, dass jede geistige Störung eine umfängliche, nicht auf eine einzelne Idee beschränkte sein müsse, verweist *W.* auf Fälle von Querulantenwahn, in welchen es sich um eine ganz umschriebene geistige Erkrankung handele, um eine fixe Idee im Sinne der alten Autoren. Ausserdem gebe es aber eine ganze Gruppe von partiellen

Digitized by Google

Geisteskrankheiten, welche man zweckmässig als circumscripte Autopsychosen zusammenfassen könne. *W.* theilt unter anderen die Krankengeschichte eines 16jährigen Mädchens mit, welches der Reinigung einer verlausten Person zusah und von diesem Zeitpunkte an den quälenden Gedanken nicht los werden konnte, dass sie selber Läuse habe.

Eine Frau war geistig gesund bis auf die Wahnidee, dass ihr Mann beständig schnupfe, auch während der Nacht, und dass er dies nur thue, um sie zu ärgern. In diesen und ähnlichen Fällen handelt es sich nach *W.*'s Bezeichnung um eine partielle intrapsychische Parafunction.

Krypiakiewicz, Josef, Ueber die Wirkung der atmosphärischen Luftdruckerniedrigung auf die Geisteskranken. — Jahrbücher für Psychiatrie Bd. 11 Heft 3.

Rasches Sinken des Barometerstandes soll auf die Geisteskranken ungünstig einwirken, besonders Schlaflosigkeit, Steigerung der Unruhe, Selbstmordversuche, paralytische Anfälle, Othämatom und „die Entstehung des todtbringenden Decubitus" verursachen.

Benedikt, Moritz, Ueber Hyperästhesien der Kopfknochen. — Internationale klin. Rundschau No. 1.

Hochgradige Empfindlichkeit der Schädelnähte gegen Druck, „Nahtneuralgie", kommt besonders bei länger dauernden Aufregungs- und Ueberanstrengungs-Zuständen vor, auch bei Morbus Basedowi. Hyperästhesie der Schädelbasis, so dass auf einer Seite nicht nur das Hinterhaupt, sondern auch der Warzenfortsatz, der zugängliche Theil des Orbitaldaches und der harte Gaumen gegen Druck sehr empfindlich sind, wird bei schwerer Hemikranie gar nicht selten beobachtet.

Lailler, Ueber die Acetonurie bei den Geisteskranken. — Annales médico-psycholog. März-April.

L. hat bei seinen Untersuchungen über Acetonurie Nichts gefunden, das für die Pathologie der Geistesstörungen von Interesse wäre. Er konnte keine Beziehung zwischen dem Acetongehalt des Urins und irgend einer geistigen Störung entdecken und wies auch Aceton im Harne von geistig und körperlich Gesunden nach. *Boeck* und *Slosse* fanden sogar bei allen Gesunden und bei allen Geisteskranken Aceton in grösserer oder geringerer Menge im Urin, konnten auch keinen Zusammenhang zwischen der gefundenen Menge von Aceton und dem geistigen Zustande der Kranken nachweisen. Auch die Quantität des Aceton in dem Harne abstinirender Kranker hält *L.* für interesseles, da andere Mittel zur Verfügung stehen, um den Zeitpunkt zu bestimmen, an welchem die künstliche Ernährung beginnen soll.

Digitized by Google

Tomlinson, Sensorische und sensorisch-motorische Störungen in Verbindung mit Geisteskrankheit vom biologischen und physiologischen Standpunkt. — The Journ. of Nerv. and ment. dis. October.

T. will durch diese Arbeit die Psychiater anregen, sich nicht auf klinische und pathologisch-anatomische Studien bei den Geisteskranken zu beschränken, sondern mehr die Entwickelungsgeschichte und die Ausbildung der verschiedenen Functionen des Nervensystems zu berücksichtigen. Er sucht an Beispielen aus dem Gebiet der sensorischen und sensorisch-motorischen Störungen zu beweisen, dass man diesen Weg bisher noch nicht genügend betreten habe. *Richard Snell.*

Richardson, B. W., Die Cerebrospinalachse als Wärme entwickelndes Centrum und hydrostatisches System. — The Journal of mental science. Januar.

R. sucht die Wirkung des Gehirns und Rückenmarks auf die peripheren Nerven und die übrigen Organe des Körpers auf rein physikalisch-mechanischem Wege zu erklären. Er nimmt in der grauen Substanz eine selbständige Oxydation und Wärmeentwicklung an. Diese bewirke, sobald sie zunimmt, an dem in der Schädelhöhle eingeschlossenen Gehirn eine Drucksteigerung, welche sich auf die röhrenförmigen Nervenstränge fortsetze. *R.* führt zur Stütze seiner Hypothese zahlreiche Experimente ins Feld. *Richard Snell.*

Turner, Die bei Geisteskranken vorkommenden Asymmetrien des Gesichts. — The Journal of mental science. Januar, April.

T. sammelte die Beobachtungen von Asymmetrien beider Gesichtshälften, da er glaubt, aus diesen Erscheinungen Rückschlüsse auf den Sitz der Erkrankung machen zu dürfen.

Er fand Ungleichheit der Pupillen bei frischen Fällen in 25 pCt., bei chronischen in 35 pCt., bei an Paralyse erkrankten Patienten noch häufiger. Meistens war die rechte Pupille die weitere. Er geht dann über zu dem Abweichen der Zunge von der Mittellinie beim Hervorstrecken. Während die Pupillendifferenz häufigen Wechsel zeigt, weicht die Zunge bei denselben Patienten stets nach der gleichen Seite ab. Da die Bewegungen der Zunge mit den höchsten geistigen Functionen verknüpft sind, weist die Abweichung auf tiefe Störungen in den motorischen Centren der einen Seite hin. *T.* wendet sich dann zu den mimischen Gesichtsmuskeln. Bei Idiotismus, überhaupt bei angeborener Geistesschwäche fand er mehr den unteren Theil des Gesichts ergriffen, bei später entstandener geistiger Erkrankung mehr den oberen. An der Hand zahlreicher Beobachtungen nimmt er die einzelnen Muskeln der Reihe nach durch. Photographische Aufnahmen besonders characteristischer Fälle dienen zur Erläuterung.

Digitized by Google

Eingeflochten in die Arbeit sind Bemerkungen über das Verschwinden des Gesichtsausdrucks. Am ausgeprägtesten sah *T.* diesen Zustand bei allgemeiner Paralyse. *Richard Snell.*

Cullerre, A., Ueber den plötzlichen Tod in seinen Beziehungen zu der neuropathischen Erblichkeit. — Annales médico-psychologiques. Januar-Februar.

In Familien mit schwerer neuropathischer Belastung kommt nicht selten der Fall vor, dass ein bis dahin gesunder Mensch mitten in seiner alltäglichen Beschäftigung todt zusammenbricht. Es wird über 18 Familien mit schwerer neuropathischer Belastung berichtet, in welchen Fälle von plötzlichem Tode vorkamen. *C.* hält daher diese Erscheinung für ein Zeichen der Degeneration in einer Familie.

Nicolau, Todesfurcht und Selbstmord. — Annales médico-psychologiques. März-April.

Eine von den zahlreichen Ursachen, welche die Geisteskranken zum Selbstmorde treiben können, ist die Todesfurcht. Man kann die beiden Fragen aufwerfen: Wenn der Tod nach der Ueberzeugung der Kranken sicher und nahe bevorstehend ist, warum wird er dann beschleunigt? und: Wie kommen die Kranken dazu, dasselbe Schicksal, vor dem sie zurückschrecken, sich selbst mit eigener Hand zu bereiten?

Es wird die Krankengeschichte einer erblich schwer belasteten, von Jugend auf schwachsinnigen Näherin mitgetheilt, welche glaubte, dass sie mit 52 Jahren sterben würde, weil ihre beiden Eltern und einer ihrer Brüder in diesem Alter gestorben waren. Sie wurde daher, als sie sich der Vollendung ihres 52. Lebensjahres näherte, ängstlich erregt und machte mehrere Selbstmordversuche. In die Irrenanstalt verbracht genas sie rasch.

Verfasser glaubt, dass jeder Verbrecher, der die Todesstrafe mit Sicherheit zu erwarten hat, mit allen Mitteln danach streben wird, sich selbst zu tödten, obwohl jede Art von Selbstmord für ihn qualvoller ist, als die Hinrichtung; denn er werde Alles anstrengen, um die unerträgliche Qual der Erwartung abzukürzen. Ganz dasselbe sei auch bei der Kranken der Fall gewesen.

Ireland, Der Pessimismus in seinem Verhältniss zum Selbstmord. — The Alienist and Neurologist. April.

I. erzählt ausführlich die Geschichte des Philosophen *Philipp Batz* (als Schriftsteller *Mainländer* genannt) und seiner Schwester Minna, welche beide durch Selbstmord endeten. Die Arbeit ist ein Auszug aus einem Aufsatz Dr. *Mosso*'s: „Der moderne Pessimismus in seinem Verhältniss zum Selbstmord" (Irrenfreund 1891 Heft 1 und 2). *Richard Snell.*

Digitized by Google

Mucha, H., Influenza-Epidemie in der Provinzial-Irrenanstalt zu Göttingen. — Berliner klin. Wochenschrift No. 26.

Die im Anfang des Jahres 1892 in der Göttinger Irrenanstalt herrschende Influenza-Epidemie ergriff von den geisteskranken Männern 15 pCt., von den geisteskranken Frauen 33 pCt., von den Wärtern 13 pCt. und von den Wärterinnen 32 pCt. In der Anstalt erreichte die Krankheit ihren Höhepunkt $1^1/_2$ Monate später als in der nahe gelegenen Stadt. 3 Fälle von 102 endeten tödlich. Irgend ein Einfluss der Influenza auf den geistigen Zustand der Kranken wurden nicht beobachtet.

Chaddock, Die Möglichkeit der Heilung bei Geisteskrankheiten. — The American Lancet. April.

C. warnt, allzugrosse Hoffnungen an die Entwickelung der pathologischen Anatomie des Gehirns zu knüpfen. Für Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten würden 2 Factoren immer ausschlaggebend sein: Die Ursache, welche die Krankheit zum Ausbruch bringt und die Widerstandskraft des betroffenen Organismus.

In 3 Gruppen theilt *C.* die geistigen Erkrankungen ein, in functionelle, degenerative und organische. Bei functionellen Geisteskrankheiten hängt die Möglichkeit der Heilung davon ab, ob man die Factoren fern halten kann, welche die Erkrankung herbeigeführt haben. In diesem Falle kann der Arzt am zuversichtlichsten darauf rechnen, befriedigende Resultate zu erreichen. Die functionellen Geisteskrankheiten gehen durch Zwischenstufen in die degenerativen über. Diese zweite Gruppe bietet nur Aussicht für zeitweise Wiederherstellung, bei den schwereren Formen kann man nicht einmal das erreichen. Durch die Epilepsie und mehr noch durch die Imbecillität und den Idiotismus stehen diese Formen geistiger Störung im Zusammenhang mit den Erkrankungen auf organischer Basis, bei denen Heilungen ausgeschlossen sind. *Richard Snell.*

Pieraccini (Ferrara), Un fenomeno non ancora descritto nelle allucinazioni visive. — Rivista di Freniatrie XVIII, f. 2, pag. 287.

Das „bisher noch nicht beschriebene" Symptom besteht in einer bilateralen Gesichts-Hallucination, die bei Schluss des einen oder des anderen Auges, oder beider Augen verschwand, obwohl die Vision lediglich das spontane Product der intellectuellen Sphäre der Rinde war. *Pieraccini* nimmt wohl mit Recht an, dass das Verschwinden beim Augenschluss auf Autosuggestion des sehr suggestionsfähigen 26jährigen, an Verfolgungswahn leidenden Kranken beruht habe, der übrigens alle psychischen und somatischen Degenerationszeichen der Moral Insanity an sich trug. Schade, dass *P.* unterlassen hat, den Sectionsbefund des an Pneumonie Verstorbenen mitzutheilen. *Fr.*

Digitized by Google

Roscioli (Neapel), Atrofia delle estremità in alienata, in seguito di disturbi vasomotori. — Nuova I, 1.

Verf. kennt nur einen einzigen ähnlichen Fall von Atrophie der Hände, für den *Stembo* den ungriechischen Ausdruck Acromicrie, im Gegensatz zu *Marie*'s auf Hypertrophie der Gland. pituitaria beruhenden Acromegalie, gewählt hat. *Roscioli*'s Fall betrifft ein erblich stark belastetes paranoisches Mädchen, das mit 26 Jahren in die Privatanstalt Fleurent (1877) aufgenommen, seitdem als völlig dement in derselben sich befindet. Schlaffe Musculatur, ungenügender Stoffwechsel, aber weder Herz- noch Lungenleiden bestanden neben den seit 1887, besonders in der kälteren Jahreszeit beobachteten Erscheinungen von Blutstockung, Blaufärbung der Nase und Hände, *Raynaud*'s Asphxie locale symmétrique des extrémités. Auf letzteren zeigten sich kleine Bläschen und endlich fortschreitende Atrophie der 1. und 3. Phalanx am 2. bis 5. Finger mit Schiefstellung des linken Mittelfingers, Verkümmerung der Nägel. — Nichtbetheiligung der Daumen. — (Vgl. die Discussion im Wiener Medicin. Club über symmetrische Gangrän und schmerzlose Panaritien. Sitzungsbericht vom 9. Novbr. 1892 in Deutsch. MZ. XIII. Nr. 93.)

Fränkel.

Luciani, L., Das Kleinhirn. Deutsche Ausgabe besorgt von *M. O. Fraenkel.* — Besold, Leipzig, 1892. S. XIX, 290. 48 Fig. im Text.

Im Jahre 1882 war es dem Verfasser geglückt, zum ersten Male eine bis dahin keinem Physiologen gelungene Operation, die völlige Zerstörung des Kleinhirns, an einer Hündin auszuführen und die letztere lange Zeit am Leben zu erhalten. Ueberzeugt, dass die seit *Rolando*'s ersten Versuchen im Anfange des Jahrhunderts über die Function des Cerebellum herrschenden Widersprüche nur auf dem Wege vorurtheilsfreier Beobachtung, „als ob niemals Jemand etwas über die Sache gesagt hätte", gelöst werden können, setzte er in unausgesetztem Experimentiren und Beobachten an bisweilen jahrelang die Kleinhirnverstümmelung überdauernden Hunden und Affen die mühsamen Untersuchungen bis zu dieser Stunde fort. Ein eigenes verbessertes Operationsverfahren, antiseptische Behandlung der Wunden, mikroskopische Untersuchungen und mancherlei Hilfsmittel der Beobachtung, wie sie das trefflich ausgestattete physiologische Institut zu Florenz bietet, setzten den Verfasser in den Stand (vgl. Kap. 1) seine schwierige Aufgabe zu erfüllen. Zu überwinden war ausserdem die Schwierigkeit, dass der banale Begriff der sogenannten Ataxia cerebralis, der für den Ausdruck gestörter Kleinhirnthätigkeit gilt, in seine Bestandtheile zerlegt werden musste (Kap. 2).

Das 3. Kapitel behandelt die verschiedene Natur und die Ursachen der Erscheinungen nach Kleinhirnverstümmelung: Reiz-, Compensations- und Degenerations-Erscheinungen. — Die hochinteressanten, den Physiologen

Digitized by Google

von Fach insbesondere interessirenden Protokolle der verschiedenen Arten der Kleinhirnverstümmelung füllen die Kapitel 4—10, die verschiedenen Ansichten über die Folgen von Reizung der Kleinhirnstiele das 11, und die von mangelhafter oder fehlender Kleinhirninnervation (Formen der Ataxie) das 12. Kapitel. — Die zwei folgenden sind der Kritik der Reiz- und ataktischen Symptome bei Kleinhirnerkrankungen des Menschen gewidmet. — Es wird die Uebereinstimmung des Thierversuches mit den bezüglichen Symptomen in Krankheitsfällen, dazu die sogenannte Latenz, geprüft. Daran schliesst sich in 2 Kapiteln die musterhafte Darstellung der Geschichte des Gegenstandes von den ersten Hypothesen *Rolando*'s an, der im Kleinhirn eine elektromotorische Maschine, während *Flourens* einen Regulator und *Magendie* ein Organ des Gleichgewichtes darin erkennen zu müssen glaubten. Bei dieser Gelegenheit erfahren die Arbeiten von *Bouillaud*, *Rudolf Wagner*, *Schiff* und Anderen bis auf *Nothnagel* und *Bechterew* eingehende Kritik und das Ganze schliesst (Kap. 17) mit des Verfassers eigener Ansicht, die er nur als Grundzüge zu einer neuen Lehre bezeichnet. Das Kleinhirn ist danach kein motorisches Organ in dem Sinn, wie es die motorischen Bezirke des Grosshirns sind; sein Ausfall bewirkt nicht Paralyse der Sinne, oder der Bewegungen, oder des Empfindens, Denkens und Wollens, sondern nur Asthenie, Atonie und Astasie; es bildet ein verhältnissmässig selbstständiges, ein kleines Hilfs- oder Verstärkungssystem für das grosse Cerebro-Spinalsystém. Es wirkt, wie dieses zwar bilateral, aber nicht in gekreuzter, sondern vorzugsweise in directer Richtung und zwar von allen seinen Theilen aus, so dass der Mittellappen — *Nothnagel*'s Ansicht zuwider — nicht anders fungirt, als die Seitenlappen, und folglich jeder seiner Theile die anderen organisch zu compensiren vermag. Die functionelle Compensation dagegen, wie sie in den ataktischen Bewegungen erscheint, beruht auf der Mitwirkung des Grosshirns, wofür die schönen Experimente der gleichzeitigen Kleinhirnabtragung und Ausschaltung der motorischen Rindencentren in Kap. 10 unwiderleglich sprechen.

Schliesslich kann ich mir nicht versagen, dem opferwilligen Herrn Verleger den verdienten Dank für die glänzende, dem italienischen Original ebenbürtige Ausstattung des Buches hierbei auszusprechen. Namentlich ist das gute Gelingen der in den Text eingeschalteten 48 Abbildungen hervorzuheben. *M. O. Fraenkel.*

Séglas, Les troubles du langage chez les aliénés. — Paris, 1892. J. Rueff et Cp.

Die Arbeit umfasst nicht nur die Störungen der mündlichen Sprache, sondern auch die der übrigen Ausdrucksmittel, der Schrift und der Mimik, bei Geisteskranken.

Die Störungen der mündlichen Sprache werden eingetheilt 1) in solche, die eine Folge intellectueller Störung sind, Dyslogien, 2) in solche, die

Digitized by Google

von einer Störung der Sprachfunction herrühren, Dysphasien, 3) in Störungen der Aussprache, Dyslalien.

Die Veränderungen der ersten Art beziehen sich auf Schnelligkeit der Sprache, Form, Syntax und Inhalt. Das erste Kapitel bespricht die Beschleunigung und Verlangsamung der Sprache, sowie das Schweigen und seine Ursachen. Zu den Veränderungen der Form gehören Veränderungen des Timbres, der Höhe, der Stärke der Stimmen, das Betonen gewisser Worte, die triviale, obscöne oder gesuchte, reimende, singende Sprache, die Verbigeration u. s. w. Modificationen der Syntax finden sich gewöhnlich bei chronischen Fällen, aber auch bei Manie. Unter den Veränderungen des Inhalts finden die Neologismen eine ausführliche Besprechung; ferner werden eine Reihe von Einzelheiten hervorgehoben, so das beständige Zurückkommen der Kranken auf ihre Wahnideen, das Vorkommen von stereotypen Redensarten bei bestimmten Krankheitsformen, das Unterbrechen der Unterhaltung durch Einschieben bestimmter, zum Theil sinnloser Redensarten oder durch Antworten auf Hallucinationen, die Vermeidung oder Umschreibung gewisser Worte aus abergläubischen Rücksichten, die Echolalie und andere Besonderheiten. Im 5. Kapitel wird die Sprache bei Erregungszuständen und die sog. Reflexsprache geschildert.

Die Dysphasien sind organische oder functionelle. Zu den ersteren gehören die verschiedenen Formen von Aphasie. Dieselben können mit geistiger Erkrankung einhergehen; andererseits treten sie zuweilen im Verlaufe von Psychosen auf, und zwar unabhängig von denselben oder als Complication wie bei der Paralyse.

Was die functionellen Dysphasien betrifft, so kommen bei Tabakintoxication, bei ophthalmischer Migräne, Epilepsie, Hysterie, bei Melancholie und Onomatomanie transitorische Formen von verbaler Amnesie vor. Ferner werden zu den functionellen Dysphasien die verbalen Hallucinationen als Erregungszustände der Wortcentra gerechnet. Die Hallucinationen der Artikulationsbewegungen (psychomotorische Hallucinationen), von den Kranken gewöhnlich als innere Stimmen bezeichnet, werden besonders eingehend behandelt. Sie können sich mit mehr oder minder deutlichen Artikulationsbewegungen verbinden, sogar unfreiwilliges und unbewusstes Sprechen kommt vor. Im Weiteren werden die Beziehungen zwischen Hallucinationen und Zwangsvorstellungen, die verschiedenen Formen der Onomatomanie, sowie die Beziehungen der verbalen Hallucinationen zum Irresein erörtert.

Das Kapitel der Dyslalien umfasst das Stammeln, die Störungen durch Missbildungen der Sprachwerkzeuge, durch Krankheiten des Nervensystems, sowie die spasmodischen Laloneurosen (Stottern u. s. w.). Am eingehendsten werden begreiflicher Weise die Sprachstörungen bei Paralyse und deren Unterschiede vom Stammeln, Stottern und den Störungen bei anderen Erkrankungen des Nervensystems behandelt.

Der zweite Theil der Arbeit, die Störungen der Schriftsprache, ist

Digitized by Google

entsprechend dem ersten eingetheilt und bespricht zunächst den Einfluss intellectueller Störungen auf die Schrift. Das erste Kapitel behandelt die Veränderungen in der Schnelligkeit des Schreibens, in der Haltung dabei und den Einfluss gewisser Zwangsvorstellungen auf letztere (Pseudoschreiberkrampf). Das zweite Kapitel verbreitet sich über die Anzahl und das allgemeine Aussehen der Schriftstücke, das dritte über den Werth derselben, über das vielfache Missverhältniss zwischen ihm und den geistigen Fähigkeiten des Kranken, sowie über ihre Bedeutung für die Diagnose. Den Inhalt der folgenden Kapitel bilden Form und allgemeiner Inhalt der Schriftstücke, die Logik in den Schriften, einzelne Besonderheiten in der Abfassung, die Aenderungen der Syntax und der graphischen Zeichen.

Sodann folgen die Störungen der Schrift durch Störungen der Sprachfunction, die organischen und functionellen Dysgraphien. Agraphie findet sich unter denselben Umständen wie andere Dysphasien und ist meist mit ihnen verbunden. Den Hallucinationen der Artikulationsbewegungen entsprechend und oft mit ihnen verbunden sind die graphischen motorischen Verbalhallucinationen. Die Kranken haben das Gefühl, als ob sie schreiben, mitunter bewegen sie dabei die Hand oder sie schreiben auch thatsächlich, ohne es zu wollen (Zwangshandlung). Auch ein unfreiwilliges und unbewusstes Schreiben kommt vor und lässt sich bei hemianästhetischen Hysterischen experimentell hervorrufen. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich hierbei um einen psychologischen Automatismus bei Zerfall der Persönlichkeit.

Der letzte Theil des zweiten Abschnittes enthält die Veränderungen der Schrift durch Hindernisse in der Ausführung der Schreibbewegungen. Diese können in mangelnder Uebung oder Anlage liegen, ferner in Missbildungen der Hand, in Affectionen des Nervensystems, Lähmungen, Contracturen, Zittern u. dgl. Vor allem kommen die Motilitätsstörungen bei Paralyse in Betracht. Auch Schreiberkrampf findet man zuweilen bei Geisteskranken. In einem Anhange wird der Zeichnungen von Kranken gedacht, einige sind im Text abgebildet.

Der letzte Abschnitt beschäftigt sich mit den Störungen der mimischen Sprache. Der erste Theil bespricht die Factoren, die im allgemeinen auf die Mimik einwirken, und die pathologischen Veränderungen, die unabhängig von intellectueller Störung sie beeinflussen. Die Veränderung der Physiognomie in Verbindung mit geistiger Störung kann sich in der Ruhe sowie beim Ausdruck von Empfindungen zeigen. Im ersten Falle handelt es sich um jene Bildungsanomalien, die zur Aufstellung einer Reihe von Typen Anlass gegeben haben. Im Zustande des Ausdrucks von Empfindungen kann die Mimik verstärkt oder abgeschwächt sein. Hierbei pflegen Lebhaftigkeit und Schnelligkeit des Ausdrucks miteinander im Einklang zu stehen, die Dauer steht bei erregten Kranken im directen Verhältniss zur Schnelligkeit, bei Paralytikern und anderen Blödsinnigen oft im um-

Digitized by Google

gekehrten — verhältnissmässig genügende Schnelligkeit und lange Dauer des Ausdrucks.

Fehlen des Mienenspiels findet man bei Blödsinn, Paralyse und Stupor. Was die Perversion der Mimik betrifft, so findet man bei Paralyse, Idiotie u. s. w. zuweilen Paramimie. In anderen Fällen ist der Ausdruck durch automatische Bewegungen, maniakalische und ängstliche Agitation, Zwangsbewegungen, Tic convulsif u. dgl. oder durch Abulie oder Unsicherheit in den Bewegungen oder auch durch katatonische Zustände gestört. Sind in solchen Fällen die Aeusserungen nicht der Ausdruck einer Empfindung, so können sich andererseits Gemüthsbewegungen durch unbewusste Bewegungen kundgegeben, die nur der aufmerksame Beobachter bemerkt. Wichtig sind dieselben unter Anderem zur Beurtheilung von Simulation und Dissimulation von Gemüthsbewegungen. *Franck.*

***Leubuscher, G.* und *Zieken, Th.*, Klinische Untersuchungen über die Salzsäureabscheidung des Magens bei Geisteskranken. — Jena, 1892.**

Die Verff. haben zahlreiche Untersuchungen über das Verhalten der Salzsäuresecretion angestellt bei den verschiedensten geistigen Störungen und bei den verschiedenen psychologischen Zuständen. Die in Betracht kommenden geistigen Störungen sind: Dementia paralytica, Dementia senilis, Melancholie, Manie, Paranoia acuta hallucinatoria, angeborner und secundärer Schwachsinn, Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie. Die gesicherten Resultate der Untersuchungen sind folgende: 1) Bei der Dementia paralytica und Dementia senilis findet sich häufig eine Tendenz zur Hypochlorhydrie, die mit dem Verfall der Kranken zunimmt. 2) Eine schwächere Tendenz zur Hypochlorhydrie findet sich bei der Imbecillität und secundären Demenz. Die Verfasser erklären diese Thatsachen durch die Annahme, dass bei der allgemeinen Herabsetzung der Leistungen des Nervensystems auch die Secretionsnerven des Magens betheiligt sind. — Bei den sämmtlichen übrigen Erkrankungsformen sind die Resultate sehr schwankend und entsprechen zum Theil (bei der acuten Paranoia) dem normalen Verhalten. — Den depressiven Phasen der Affectstörungen entspricht eine leichte Tendenz zu höhern Salzsäurewerthen, etwa ebensolche, aber etwas geringere, den exaltirten Phasen. Intellectuelle Störungen als solche und das verschiedene motorische Verhalten übt auf die Salzsäuresecretion keinen Einfluss aus. *Serger.*

***v. Frankl-Hochwart, L.*, Ueber Augensymptome bei Neurosen. — Internationale klin. Rundschau No. 49.**

Verf. berichtet über Untersuchungen, welche er bezüglich der Frage: Gibt es concentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei den traumatischen Neurosen? — angestellt hat. Auf Grund von ungefähr 120 Fällen schliesst

Digitized by Google

er sich der *Charcot*'schen Ansicht an, die Diagnose traumatische Neurose könne man wohl allgemein stellen, man müsse darüber aber immer klar sein, dass damit die Thätigkeit des Untersuchers nicht erschöpft sei. Es sei nun noch des Näheren zu bestimmen, ob nicht Neurasthenie oder Hysterie vorliege. Dann erst sei zu fragen, welche Resultate das Perimeter liefere; die Antwort laute, ähnlich wie bei den angeführten Neurosen, wenn sie auf nicht traumatischer Basis entstanden sind. Verf. untersuchte nun eine Anzahl neurasthenischer und hysterischer Personen der letztgenannten Kategorie, gleichzeitig untersuchte er dabei den Licht- und Farbensinn. Bei Neurasthenie scheint dauernde Gesichtsfeldeinschränkung nicht vorzukommen, der Lichtsinn war immer normal, das Perceptionsvermögen ist bisweilen etwas herabgesetzt. Bei der Hysterie ohne Sensibilitätsstörungen, aber auch bisweilen bei solchen mit Anästhesien zeigt der oculistische Befund ähnliche Verhältnisse: Normales Gesichtsfeld, normaler Lichtsinn; Farbensinn normal oder leicht geschädigt; die concentrische Einschränkung kommt hauptsächlich, wenn auch nicht einzig und allein, den Hysterien mit Sensibilitätsstörungen zu. Wo concentrische Gesichtsfeldeinschränkung besteht, ist auch der Farben- und Lichtsinn herabgesetzt und zwar gehen diese Herabsetzungen der Verkleinerung des Gesichtsfeldes parallel. Mit dem Kommen und Schwinden der Sensibilitätsstörungen fällt und steigt gewöhnlich auch die Intensität der Augensymptome.

Hinsichtlich der traumatischen Formen zeigt die Untersuchung, wo das Bild rein neurasthenisch ist, da ist das Gesichtsfeld normal, der Lichtsinn intact, nur der Farbensinn hat bisweilen gelitten. Solche Beobachtungen macht man auch bei traumatischen Hysterien mit oder ohne Sensibilitätsstörungen, doch werden durch Traumen häufig Hysterien hervorgerufen, die sehr ausgesprochene Sensibilitätsstörungen zeigen. Diese haben oft starke Gesichtsfeldeinschränkungen mit sehr herabgesetztem Farben- und Lichtsinn. Und auch bei diesen Formen zeigt sich dann wie mit Besserung oder Verschlechterung der Sensibilitätsstörungen die Grösse des Gesichtsfeldes, der Farben- und der Lichtsinn besser oder schlechter wird.

Nimmt man nun an, es gelänge concentrische Gesichtsfeldeinschränkung zu simuliren, so sei doch wohl nicht anzunehmen, dass die Vergrösserung resp. Verkleinerung parallel zu den Veränderungen der Sensibilitätsstörungen zu simuliren seien. In diesem positiven Ausfall der Untersuchungen liege eine Gewähr der Echtheit der Symptome. Und umgekehrt könne die Farben- und Lichtsinn-Prüfung im gegebenen Fall ein wichtiges Adjuvans für die Beantwortung der Frage, ob Simulation oder nicht, abgeben. *S.*

Digitized by Google

Aetiologie.

***Atwood*, Untersuchungen über die Ursachen der Geisteskrankheiten. — American Journal of Insanity. Januar.**

Die Ursachen der Geisteskrankheiten theilt *A.* in prädisponirende und Gelegenheitsursachen ein. Unter prädisponirenden Ursachen versteht er die erbliche Belastung, die er bei seinen Patienten auf annähernd 75 pCt. berechnet; bei den Gelegenheitsursachen unterscheidet er direct auf das Gehirn wirkende, reflectorisch durch Vermittlung der peripheren Nerven wirkende und psychische. Er kommt zu dem Schluss, dass mehr als bisher durch Erziehung, frühzeitige Behandlung aller nervösen Störungen und Verhütung der Heirathen erblich Belasteter der Verbreitung geistiger Krankheiten vorgebeugt werden müsse. *Richard Snell.*

***Ferguson*, Geisteskrankheiten nach Erschöpfung, acuten Erkrankungen, Verletzungen etc. — The Alienist and Neurolog. Juli.**

F. zeigt an der Hand einer sehr reichhaltigen und eingehenden Uebersicht über die in der Litteratur verzeichneten Fälle von geistiger Erkrankung nach Blutverlust, hohem Fieber, Operationen, erschöpfenden Krankheiten, Ueberanstrengungen und Sonnenstich, dass derartige Krankheiten von den angeführten Autoren mit den verschiedensten Namen belegt und in der verschiedensten Weise erklärt werden. Er gibt die ausführliche Geschichte von 17 Beobachtungen. Die Geisteskrankheit zeigte sich nach folgenden schädigenden Einflüssen: Verletzungen, acutem Gelenkrheumatismus, Dysmenorrhoe, Typhus, Zangengeburt, Augenoperation unter Chloroformanwendung, Aethernarkose, aufreibende Krankenpflege, heftige Gemüthsbewegung, Geschäftssorgen. Die meisten dieser Fälle betrafen erblich belastete Personen und fast alle entstanden in einem hochgradig geschwächten und erschöpften Körper; meistens war daher ein hervortretendes Symptom die Verwirrtheit, doch hält es *F.* nicht für angemessen, hierauf eine gemeinsame Bezeichnung für alle diese Erkrankungen, z. B. Typhomanie zu begründen; ebensowenig billigt er die ätiologischen Benennungen wie postfebriles, puerperales oder alkoholisches Irresein, da aus ein und derselben Ursache nicht nur bei verschiedenen Individuen, sondern sogar bei derselben Person die verschiedenen klinischen Krankheitsbilder der Manie, der Melancholie oder der Demenz entstehen könnten. In ätiologischer Beziehung nimmt er bei den besprochenen Krankheitsfällen verschiedene Momente an: 1) tiefe Erschöpfung der nervösen Centren, 2) organisirte Krankheitserreger, 3) nicht organisirte im Blut kreisende Gifte, 4) Meningitis, 5) Phrenitis, 6) congestive Hyperämie und Reizung besonders der motorischen Hirncentren. Auch diese ätiologische Verschiedenheit ist ein Grund, derartige Erkrankungen nicht unter einen gemeinsamen Namen zusammen zu fassen.

Digitized by Google

Die Prognose stellt *F.* bei diesen Formen der Geisteskrankheit nicht so ungünstig wie viele Autoren. Im Gegensatz zu der grossen Mehrzahl der deutschen Psychiater warnt er vor einer frühzeitigen Ueberführung in eine Irrenanstalt, weil er glaubt, dass mehr von diesen Fällen geheilt würden, wenn man die Kranken in der gewohnten Umgebung verpflegte.

Für die Behandlung empfiehlt er möglichste Schonung und Fernhalten aller Reize, recht kräftige Ernährung, gegen Schlaflosigkeit Chloral oder Alkohol in concentrirter Form. Zum Schluss warnt *F.*, die Geisteskrankheit nicht durch den Morphinismus oder Gewöhnung an andere Narcotica zu verdrängen. *Richard Snell.*

***Mairet* und *Bosc*, Geisteskrankheit in Folge von Ernährungsstörungen. Experimentelle Untersuchungen über die Existenz dieser Art von Geistesstörung. — Annales médico-psychologiques. Januar-Februar.**

Die Verfasser stellten Versuche an, indem sie Urin von Geisteskranken in die Venen von Kaninchen und Hunden einspritzten. Der Harn von Manischen wirkte bei den Versuchsthieren ähnlich dem normalen Urin, jedoch stärker und zwar im Allgemeinen um so heftiger, je grösser die Erregung der Kranken war, von denen der Harn stammte. Kranke mit einfachem Stupor lieferten einen Urin, welcher nur wenig stärker auf die Versuchsthiere wirkte, als normaler Harn. Dagegen war die Wirkung des Urines von Kranken mit melancholischem Stupor eine sehr heftige und die Versuchsthiere zeigten Unruhe, Angst und schliesslich Erstarrung, sodass ihr Zustand an den der Kranken erinnerte, von welchen der verwendete Urin gewonnen war. Bei der Verwendung des Harns von Melancholischen zeigten sich oft an den Versuchsthieren Temperaturschwankungen nach beiden Richtungen, Verminderung der Sensibilität, Erlöschen der Reflexe und motorische Störungen, wie sie nach Einspritzungen von normalem Urin nicht vorkommen. Auch wirkte der Harn von Melancholischen in 3—4mal geringerer Dosis tödtlich.

Der Urin von Wahnsinnigen erwies sich etwas giftiger, der von Altersblödsinnigen weniger giftig als der normale.

Während nun bei denjenigen Geisteskrankheiten, welche aus „den gewöhnlichen Ursachen der Neurosen entstehen", die Giftigkeit des Urins von der Heftigkeit eines Krankheitssymptomes, nämlich von der Erregung in der Manie und der Depression in der Melancholie, abhängt, besteht in denjenigen Fällen von Geistesstörung, welche auf körperlichen Zuständen (Infectionskrankheiten, Puerperium, Pubertät) beruhen, ein unmittelbarer Zusammenhang der Art der Geisteskrankheit mit der Wirkung des Urins, ohne dass sich eine Verschiedenheit in der Wirkung der einzelnen angeführten Körperzustände bemerken liesse. Daraus wird gefolgert, dass bei den zuletzt genannten Geisteskrankheiten nicht verschiedene Schädlichkeiten

Digitized by Google

(z. B. Typhusgift u. s. w.) wirken, sondern dass ein und dieselbe Ursache diese Psychosen hervorbringt, nämlich die Ernährungsstörung.

Abegg, H., Ein Fall von psychischer Störung bei Schrumpfniere, mit Sectionsbericht. — Berliner klin. Wochenschrift No. 17.

Die 28jährige Kranke litt an Benommenheit und ängstlicher Erregung; dabei bestanden bronchitische Geräusche, über beide Lungen verbreitet; am Halse und Kinn vergrösserte Lymphdrüsen, von denen eine vereitert war; im Urin Eiweiss, Eiterkörperchen, grosse gekörnte, sowie Epithelialcylinder. Die Kranke verfiel rasch in soporösen Zustand und starb. Statt der erwarteten tuberculösen Meningitis fand sich bei der Section beiderseitige hochgradige Schrumpfniere. Eine Zusammenstellung der in der Literatur vorgefundenen Angaben über das Auftreten von Geisteskrankheiten bei Nierenleiden führt zu dem Ergebniss, dass psychische Verstimmung, namentlich depressiven Charakters, bei Nierenkrankheiten wiederholt beobachtet ist, dass sich in seltenen Fällen die in dem Verlauf einer Nierenaffection aufgetretene Geistesstörung mit Wahrscheinlichkeit auf urämische Intoxication zurückführen lässt, und dass es keine für Nierenkrankheiten specifische Form von Geistesstörung gibt, jedoch Melancholie und Stupor weitaus am häufigsten vorkommen.

Fisher, Geistige Störungen bei multipler Neuritis. — The Alienist and Neurologist. Juli.

Angeregt durch eine 1891 in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie veröffentlichte Arbeit von *Korsakoff*, „Eine psychische Störung combinirt mit multipler Neuritis" schildert *F.* 6 Fälle multipler Neuritis, bei denen geistige Störungen in den Vordergrund traten. Bei dem einen Patienten war die Affection der peripheren Nerven so geringfügig, dass sie unbemerkt geblieben wäre, hätte die Erkrankung des Centralnervensystems nicht eine genauere Untersuchung veranlasst. Von einem Fall wird der Obductionsbefund mitgetheilt. Makroskopisch war an den nervösen Organen keine Veränderung sichtbar, mikroskopisch zeigten die peripheren Nerven Bindegewebsvermehrung und Degeneration der nervösen Substanz, in der Gehirnrinde fand er Atrophie der Zellen und Gefässerweiterung. *F.* schliesst aus seinen Beobachtungen, dass multiple Neuritis eine Erkrankung ist, die besonders bei Alkoholikern nicht nur die peripheren Nerven sondern auch Gehirn und Rückenmark ergreift. Häufig treten die Hirnsymptome am meisten hervor. Sie sind charakterisirt durch den Verlust des Gedächtnisses für Raum und Zeit, durch Erschwerung der Ideenassociation, zeitweise auftretende Hallucinationen und Illusionen. Der Verlauf der Erkrankung kann sich über Wochen, Monate oder Jahre hinziehen. Eine gänzliche oder wenigstens theilweise Wiederherstellung tritt selbst in sehr langwierigen Fällen noch ein. *Richard Snell.*

Digitized by Google

Wagner, **Ueber die körperlichen Grundlagen der acuten Psychosen. — Jahrbücher für Psychiatrie Bd. 10 Heft 2 u. 3.**

Verfasser betont, dass ein Verständniss der psychischen Krankheitsprozesse sich nur durch die breiteste Anlehnung an das ganze Gebiet der klinischen Medicin gewinnen lasse. Wenn auch bei allen Geisteskrankheiten Veränderungen im Gehirne vorhanden sind, so können diese doch zuweilen nur secundärer Natur sein, etwa wie die Veränderung der Hautfarbe in der Gelbsucht. Die Resultatlosigkeit der bisherigen anatomischen Forschungen über die acuten einfachen Psychosen (die Psychoneurosen nach v. *Krafft-Ebing*) fordern dazu auf, die Lösung des Problems auf anderem Wege zu versuchen. Eine häufige Ursache dieser Psychosen sind fieberhafte Krankheiten. Den postfebrilen Psychosen auffallend ähnlich sind die Lähmungen, welche nach Typhus, Diphtherie, acuten Exanthemen, Puerperalprozessen und vielen anderen Erkrankungen auftreten. In den meisten von diesen Fällen handelt es sich um multiple Neuritis. Es wäre sehr wohl denkbar, dass derselbe Prozess, welcher zu Degeneration der peripheren Nerven führt, auch die Nervenfasern des Centralorgans in Mitleidenschaft ziehen könnte. Im Rückenmarke sind derartige Veränderungen neben polyneuritischen Affectionen der peripheren Nerven nachgewiesen. Etwas Aehnliches könnte also wohl auch im Gehirne geschehen.

Man unterscheidet jetzt zwei Hauptgruppen der Polyneuritis: die infectiöse und die toxische. Unter den Giften kommen besonders Alkohol, Blei und Arsenik in Betracht. Nachdem man erkannt hat, dass den Stoffwechselproducten der Bakterien eine grosse Bedeutung zukommt, kann man die infectiösen Formen der Polyneuritis in letzter Linie ebenfalls als toxische auffassen, mit dem einzigen Unterschiede, dass das Gift nicht von Aussen eingeführt wird, sondern in dem Körper selbst entsteht.

Wenn nun die postfebrilen Lähmungen auf der Wirkung von Giften beruhen, so mag dasselbe bei den postfebrilen Psychosen der Fall sein. Die Thatsache, dass durch Injectionen des Tuberculinum Kochi Psychosen entstehen können, spricht für diese Annahme.

Wenn Neuritis und Psychose eine gemeinsame Ursache haben, muss man erwarten, dass beide Störungen unter Umständen zusammen vorkommen. Das ist thatsächlich der Fall, besonders bei alkoholischen Formen der Polyneuritis. Neben dem Alkoholismus sind die Pellagra und der Ergotismus, welche häufig mit Psychosen combinirt sind, auf eine toxische Wirkung zurückzuführen.

Vielleicht beruhen gewisse acute Psychosen auf einer intestinalen Autointoxication. Für diese Vermuthung sprechen das häufige Vorkommen intensiver gastrointestinaler Störungen beim Ausbruche von Geistesstörungen: Widerwillen gegen jede Nahrungsaufnahme, Erbrechen, Leibschmerzen, dick belegte Zunge. Für das Bestehen von Störungen der Verdauungsorgane während des Verlaufes vieler acuter Psychosen spricht die Häufig-

Digitized by Google

keit der Abstinenz sowie auch das Entstehen von Vergiftungswahn. Schliesslich deutet das Vorkommen von Aceton, Oxybuttersäure, Indol und Eiweiss in dem Urin Geisteskranker auf Autointoxication.

Mickle, Jul., **Der traumatische Factor bei Geistesstörungen. — Brain, 1892.**

Nach einigen allgemeinen Betrachtungen, u. A. über die ätiologische Würdigung eines stattgehabten Traumas, über die unmittelbaren und entfernteren Wirkungen, Disposition, Latenzdauer, Prognose und Pathologie, bespricht *M.* die Formen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Die bei letzteren auftretenden theilt er in vier Gruppen: die erste umfasst die gewöhnlichen Formen der functionellen Psychoneurosen, wie stuporöse, acute und subacute hallucinatorische Geistesstörung und Depressionszustände, die zweite Paranoia und Verwandtes, die Dritte die schweren organischen Gehirnleiden mit Demenz, Convulsionen, Lähmungen oder anderen motorischen und sensibeln oder sensorischen Erscheinungen; die Veränderungen mögen dabei örtliche Zerstörungen sein oder chronische Encephalitis, Sklerosis, Atrophie, progressive Paralyse darstellen. Die vierte Gruppe wird von den functionellen Neurosen gebildet, die mit psychischen Symptomen einhergehen und hauptsächlich den Typus traumatischer Neurasthenie und Hysterie besitzen, Fälle, in denen der „traumatische Shock" eine erhöhte Suggestibilität zur Folge hat.

Für die drei ersten Formen sind zahlreiche Beispiele eigener Beobachtung beigefügt. *Matusch.*

Therapie.

Talcot, **Diätetische Maassnahmen bei Behandlung der Geisteskranken. — American Journal of Insanity. Januar.**

T. hebt die Vortheile der Milchdiät bei herabgekommenen und widerstrebenden Kranken hervor. Besonderen Werth legt er mit Recht auf die saubere und appetitliche Zubereitung und Darreichung der Speisen. Um die Krankenräume zweckentsprechend freundlich und wohnlich zu gestalten, verlangt er eine kräftige Beihülfe des Staates. *Richard Snell.*

Alder Blumer, **Die Musik in ihren Beziehungen zum Gemüth. — American Journal of Insanity. Januar.**

Nachdem *B.* an zahlreichen Beispielen aus der Geschichte und Poesie gezeigt hat, einen wie mächtigen Einfluss die Musik auf das Gemüth der Menschen besitzt, kommt er auf Grund eigener Erfahrung zu dem Schluss, dass Musik die meisten Geisteskranken günstig beeinflusst und ein nicht zu unterschätzendes Hülfsmittel der Behandlung ist. *Richard Snell.*

Digitized by Google

***Cullerre, A.*, Nervöse Transfusion bei Geisteskranken. — Gaz. méd. de Paris, No. 35.**

Die nervöse Transfusion besteht in der subcutanen Injection von Nervensubstanz. Verf. bediente sich hiezu der grauen Hirnrinde von frisch getödteten Schafen, die er 24 Stunden in einem doppelten Gewichte von reinem Glycerin maceriren liess und dem er die gleiche Quantität gekochten Wassers zusetzte. Das Präparat wurde jede Woche erneuert. Durch Filtration erhält man eine klare, farblose Flüssigkeit. Die Injectionen waren ganz unschädlich, denn nach keiner der durch 6 Monate gemachten 500 Injectionen stellte sich irgend welcher unangenehme Zwischenfall ein. Die Injectionen wurden alle 2 Tage in der Menge von 4 g der Flüssigkeit in der Lendengegend gemacht. Diese Behandlung wurde an 14 Irrsinnigen verschiedenster Form angewendet. Die veröffentlichten Krankengeschichten ergaben Folgendes: Die nervöse Transfusion wird von geschwächten und selbst tuberculösen Irren sehr gut vertragen und hebt fast sofort die Ernährungsfunctionen. Als erste Folge davon ist eine beträchtliche Steigerung des Appetits, die zuweilen so weit geht, dass manche Kranke sich gar nicht sättigen können, wahrzunehmen. Diese Wirkung ist namentlich bei Irren von ausserordentlichem Werthe und besonders bei solchen Kranken von Nutzen, welche systematisch jede Nahrung zurückweisen. Die tonisirende Wirkung dieser Injectionen ist eine sehr rasche. Sehr bald schwindet die Muskelschwäche, das Körpergewicht nimmt zu und die organischen Functionen werden geregelt. In den unheilbaren Fällen war der psychische Zustand vorübergehend, in den auf die Injection folgenden Stunden zuweilen gebessert; diese Besserung war aber keine dauernde, jedoch ist dieser Schluss nicht als ein definitiver anzusehen, da die Mehrzahl der behandelten Kranken keine günstige Prognose bot, denn in der Regel ist bei heilbaren Geisteskrankheiten die Besserung der Ernährung gewöhnlich von einer Besserung des geistigen Zustandes gefolgt.

***Gilles de la Tourette*, Die Anwendung rascher und stetiger Schwingungen zur Behandlung einiger Krankheiten des Nervensystems. — Le Progrès Médical, No. 35.**

Kranke, welche an Paralysis agitans leiden, fühlen oft Linderung ihrer Beschwerden durch Fahren in der Eisenbahn oder einem Wagen. Es wurde ein Sessel construirt, der in rasche schwingende Bewegung versetzt werden kann, ähnlich der eines fahrenden Wagens. Nach 5—10 Sitzungen trat gewöhnlich eine Besserung, besonders des Schlafes, ein.

Ein anderer Apparat dient zur örtlichen Anwendung und hat die Form eines Helmes, der aus einzelnen getrennten Platten besteht, ähnlich der Form, welche die Hutmacher brauchen. Die Platten werden genau an den Kopf des Kranken angelegt und durch eine besondere Maschine in sehr rasche, schwingende Bewegung versetzt. Besonders bei Migräne und Schlaflosigkeit wurden mit dieser Behandlung gute Erfolge erzielt.

Digitized by Google

***Hammond*, Velocipedfahren als Heilmittel bei nervösen Erkrankungen. — The Journal of Nervous and Mental Disease. Januar.**

Bei Erkrankungen des Nervensystems empfiehlt *H.* körperliche Uebungen in freier Luft und speciell das Velocipedfahren. Hierbei werden fast alle Muskeln des Körpers gestärkt, der Patient wird durch die rasche Fortbewegung und den schnellen Wechsel der Scenerie geistig angeregt und vom Grübeln über seinen krankhaften Zustand abgehalten. *H.* erzielte Heilung oder doch bedeutende Besserungen bei Neurasthenie, Muskelparesen, sexueller abnormer Erregbarkeit und Perversität; doch räth er, bei Muskelatrophien mit sehr kurzen Uebungen zu beginnen und nur langsam zu anstrengenderen überzugehen, Neurastheniker die ersten Uebungen ohne Zuschauer vornehmen zu lassen. *Richard Snell.*

***Tomlinson*, Indicationen und Anwendungsweisen von Muskelübungen bei Behandlung der Geisteskrankheiten und verwandter Leiden. — The Journal of Nervous and Mental Disease. Januar.**

Ausgehend von dem Gedanken, dass Besserung der Ernährung und Förderung des Stoffumsatzes von hervorragender Wichtigkeit für die Erholung und Wiederherstellung eines erkrankten Nervensystems sei, versuchte *T.* eine Verstärkung der Muskelthätigkeit bei seinen Patienten, besonders bei denjenigen, welche aus freiem Antrieb sich nur ungenügend Bewegung machen. Er begann mit leichter Massage; wurde dieselbe gut ertragen, ging er zum kräftigen Kneten und Faradisiren der Muskeln und passiven Bewegungen über. Geeignete Patienten liess er allein oder gruppenweise leichtere gymnastische Uebungen vornehmen. *T.* erwartet von der systematischen Anwendung der Muskelübungen eine wesentliche Vermehrung der Heilungen. *Richard Snell.*

***Eulenburg*, Elektrotherapie und Suggestionstherapie. — Berliner klin. Wochenschrift, No. 8 u. 9.**

E. wendet sich gegen die Behauptung von *Moebius* (*Schmidt's* Jahrbücher, Bd. 229), dass $^4/_5$ aller durch Elektrotherapie erzielter Erfolge dem Einflusse der Suggestion zuzuschreiben seien. *E.* erinnert an die sorgfältigen und vorurtheilsfreien Untersuchungen, die z. B. von *Duchenne* und *E. Remack* in zahllosen Fällen über die Erfolge der elektrischen Behandlung angestellt sind und an die Bestätigung, welche das Thierexperiment für die günstige Beeinflussung traumatischer Lähmungen durch Elektricitätswirkung geliefert hat. Wenn die Beobachtung richtig sei, dass die elektrotherapeutischen Erfolge trotz der Vervollkommnung der Apparate und Methoden im Laufe der Jahre immer dürftiger geworden seien, so müsse man die Ursache dieser Erscheinung in der Thatsache suchen, dass jetzt die Elektrotherapie vielfach ohne eine hinreichende Kenntniss der Methoden und Apparate von ganz Ungeübten ausgeführt werde.

Digitized by Google

Diese Vermuthung wird durch Mittheilung einiger sehr drastischer Beispiele unterstützt. Wenn nun *E.* die *Moebius*'schen Behauptungen als weit über das Ziel hinausschiessend bezeichnet, so gibt er doch zu, dass *M.* sich durch seine Anregungen insofern ein grosses Verdienst erworben habe, als seine Behauptungen geeignet seien, eine neue Prüfung der Grundlagen der Elektrotherapie herbeizuführen, und über die Rolle, welche die psychische Behandlung in vielen Fällen spielt, Klarheit zu schaffen.

Schliesslich warnt *E.*, dass die Nervenärzte sich vor einer Trennung in 2 Lager hüten möchten, mit dem Feldgeschrei: „hie Elektrotherapie, hie Suggestionstherapie", es sei vielmehr eine richtige Vereinigung von elektrischer und psychischer Behandlung nothwendig.

Mosing, Wilhelm, Zur Würdigung der Suggestivtherapie. — Wiener medicinische Presse, No. 2.

Ein 13 Jahre alter Knabe behielt nach einem nicht fieberhaften, aber sehr schmerzhaften Gelenkrheumatismus der beiden unteren Extremitäten die Unfähigkeit zu gehen, ohne dass sich objectiv etwas Krankhaftes nachweisen liess.

In der Hypnose wurde dem Kinde mit Erfolg suggerirt, es könne die Füsse bewegen und gehen, und werde es auch nach dem Erwachen können.

Ein neunjähriges Mädchen klagte beim Gehen über Schmerzen in der linken Hüfte und im gleichseitigen Knie. Im Verlaufe einiger Monate steigerte sich das Uebel bis zur vollständigen Lähmung beider Füsse. Drei Monate später erschrak sich das Kind sehr, als bei einer Spazierfahrt die Pferde scheu wurden. Unmittelbar nach der Rückkehr von dieser Fahrt machte das Mädchen freiwillig Gehversuche und konnte nach einigen Tagen stundenlange Spaziergänge machen. Dieser Erfolg wird als die Wirkung einer Autosuggestion aufgefasst.

Gerrish, Die therapeutische Anwendung des Hypnotismus. — The American Lancet. September.

G. experimentirte mit Suggestionen in der Hypnose bei den verschiedensten Krankheiten und hebt besonders die schmerzstillende Wirkung hervor. Es gelang ihm bei 95 pCt. seiner Patienten den hypnotischen Zustand hervorzurufen, niemals sah er unangenehme Nachwirkungen. Ausführlich erzählt er die Geschichte von 15 Fällen functioneller Neurosen, von denen 12, meist in sehr kurzer Zeit, geheilt wurden, darunter Zwangsvorstellungen, hartnäckige Neuralgien, Schlaflosigkeit, nervöse Dyspepsie und eine Melancholie; 3 zeigten eine wesentliche Besserung und waren noch in Behandlung, darunter ein Fall von Epilepsie (petit mal). Er versetzte die Kranken meistens nur soweit in Hypnose, dass sie für Suggestionen zugänglich waren, jedoch noch bemerkten, was um sie vorging. Andere Heilmittel wendete er bei diesen Fällen nicht an. Zum Schluss warnt *G.* davor, den

Digitized by Google

Hypnotismus zurückzuweisen, weil sich Charlatane zeitweise desselben bemächtigt hätten. *Richard Snell.*

***Donath, J.*, Ueber Hypnotismus und Suggestionstherapie. — Internationale klin. Rundschau No. 38.**

D. berichtet, er habe 2 Fälle von sogenannter „doppelter Persönlichkeit" beobachtet. Diese zweierlei Bewusstseinszustände wechselten mit einander ab, sodass die Kranken in dem einen Zustande nichts von dem wussten, was in dem anderen Zustande geschehen war.

Die Träume des normalen Schlafes erklärt *D.* für physiologische Autosuggestionen.

Als objective Merkmale des hypnotischen Schlafes bezeichnet er die Stellung der Augäpfel, welche meist nach oben oder nach oben innen gerichtet seien und das Verhalten der Pupillen, welche in den höheren Graden der Hypnose erweitert und auf Licht träge oder garnicht reagirend seien.

Er beobachtete ferner, dass ein leugnender Angeklagter in der Hypnose auf Befehl die Wahrheit aussagte, bemerkt aber richtig, dass eine derartige Anwendung der Hypnose nicht als statthaft gelten könne.

Als das Gebiet der hypnotischen Behandlung sieht *D.* die sogenannten functionellen Krankheiten an, in erster Linie Hysterie und Neurasthenie, aber auch frische echte Epilepsie und leichte melancholische Verstimmung.

***Cullerre, A.*, La Thérapeutique suggestive et ses applications aux maladies nerveuses et mentales, à la Chirurgie, à l'Obstétrique et à la Pédagogie. — Paris. Baillière et fils. 1893.**

Der bekannte französische Irrenarzt behandelt in ausführlicher Weise unter Heranziehung zahlreicher Beispiele aus der Literatur die therapeutische Verwerthung der Hypnose und Suggestion. Das erste Capitel behandelt nach kurzem geschichtlichem Ueberblick die Indicationen, die Gefahren und die Methode der hypnotischen Suggestion. Im zweiten Capitel wird die Verwendung der Suggestion bei Hysterie besprochen, im dritten die hypnotische Suggestion bei den verschiedensten functionellen Nervenkrankheiten, — Neurasthenie, Neuralgien, Epilepsie, Chorea, Menstruationsstörungen, Incontinentia urinae, secretorische Störungen. Das vierte Capitel behandelt die acuten und chronischen Erkrankungen des Nervensystems. Das fünfte Capitel beschäftigt sich mit dem therapeutischen Werth der Suggestion bei den Geistesstörungen, das sechste mit der Verwendung der Suggestion in der Chirurgie und Geburtshülfe, während das siebente die Beziehungen der Suggestion zur Pädagogik und zur Orthopädie behandelt. —

In übersichtlicher Weise bietet das Buch eine Fülle des Interessanten, wenn bei manchem auch gewisse Zweifel berechtigt sind. — Die Ausstattung des Buches ist eine gute. *S.*

Digitized by Google

5. Pathologische Anatomie. Referent: Ripping-Düren.

Feist, Ein Fall von Heterotopie im Rückenmark eines Paralytikers. — Neurolog. Centralblatt, No. 15, 16.

Verf. beschreibt nach Aufzählung der im Rückenmark gefundenen paralytischen Veränderungen eine ebenfalls im Rückenmark gefundene Heterotopie der grauen Substanz und sie bildenden Aberration mehrerer Faserbündel in die graue Figur, das Nähere ist im Original einzusehen.

Marinesco, G., Ueber Veränderung der Nerven und des Rückenmarks nach Amputationen. — Neurolog. Centralblatt, No. 15, 16 u. 18.

M. kommt an der Hand der Untersuchung von 3 amputirten Menschen und des Thier-Experimentes zu folgenden Resultaten:

1. Nach Amputation eines Gliedes oder nach Durchschneidung eines Nerven entwickeln sich auch im centralen Theile pathologische Veränderungen.

2. Der anatomische Vorgang gleicht im Wesen der *Waller*'schen Degeneration. Es tritt aber bei den peripherischen Nervenstümpfen die Degeneration bedeutend früher ein als bei den cerebralen.

3. Der Grund der Entartung liegt in der Unterbrechung des Zusammenhanges zwischen Peripherie und Centrum.

4. Mit dem Fortfall der normalen Reize werden die Ganglien nicht mehr zur genügenden trophischen Thätigkeit angeregt und dadurch entsteht die langsame, beständig fortschreitende Entartung der abgehenden Nervenfasern.

5. Auch die sensiblen Nerven-Endigungen, insbesondere die *Meissner*schen Tastkörperchen degeneriren nach Durchschneidung der Nerven, wiewohl sie länger Widerstand zeigen als die motorischen Endplatten.

6. Die Reihenfolge, in welcher die Degeneration die verschiedenen Arten der sensiblen und motorischen Fasern ergreift, lässt sich nicht genau angeben.

7. Auch die Fasern, welche die Spinal-Ganglienzellen nach dem Rückenmark senden, werden aus denselben Gründen verändert.

8. Die Zellen der Spinalganglien bleiben dabei unversehrt.

9. Die krankhaften Veränderungen des Rückenmarks betreffen in gleicher Weise auch die motorische Sphäre.

10. Im Hinterstrange atrophiren physiologisch und anatomisch verschiedene Fasergruppen.

Digitized by Google

***Brasch, Martin,* Zur Casuistik der pontilen Herderkrankungen. — Neurolog. Centralblatt, No. 8.**

Bei einem 47 Jahre alten Arzte, bei dem zuerst vorübergehend eine Parese des linksseitigen Rectus internus, dann Strabismus, dann rechtsseitige Ptosis, Schwäche im rechten Arm und Bein, Schwinden der Patellarreflexe, Schwäche beim Kauen, Schling- und Phonations-Beschwerden, häufiges Verschlucken etc. beobachtet wurden, fand sich als hervorstechendste pathologische Veränderung ein im frischen Gehirn nicht sichtbarer aber bei der Erhärtung deutlich wahrnehmbarer Erweichungsherd ungefähr in der Mitte der rechten Ponshälfte, in unregelmässigen Ausbuchtungen sich bis auf 2 mm der Raphe nähernd.

***v. Bechterew, W.,* Zur Frage über die Striae medullares des verlängerten Markes. — Neurol. Centralblatt, No. 10.**

Nach seinen Untersuchungen an Menschengehirnen stehen die Fasern der Striae medullares nicht in Beziehung zu den Acusticusfasern; dieselben nehmen vielmehr ihren Ursprung aus der weissen Substanz des Kleinhirns in der Nachbarschaft des Flocculus; sie stehen weder zu den Funiculi teretes, noch zum Vagus, noch zum Glossopharyngeus, noch zum Trigeminus in irgend welcher Beziehung, sondern es erscheint am Wahrscheinlichsten, dass sie zur Verbindung der Basalabschnitte des Kleinhirns mit einander dienen.

***Kronthal* und *Kalischer,* Ein Fall von progressiver Chorea mit pathologischem Befunde. — Neurol. Centralblatt, No. 19 u. 20.**

Die Verfasser beschreiben die bei einer 47 Jahre alten Person, die seit ihrem 30. Jahre an Chorea gelitten hatte, an Hirn und Rückenmark gemachten Befunde, halten sich aber nicht berechtigt, eine der gefundenen pathologischen Veränderungen des Nervensystems als Ursache für die chronische Chorea auszusprechen. (Das Uebrige siehe im Original).

***Darkschewitsch,* Ueber die Veränderungen in dem centralen Abschnitt eines motorischen Nerven bei Verletzung des peripheren Abschnittes. — Neurol. Centralblatt, No. 21.**

Verf. kommt an der Hand seiner Versuche zu dem Resultat, dass eine Verletzung eines motorischen Hirnnerven oder eines gemischten Rückenmarksnerven, wenn sie so beschaffen ist, dass eine Regeneration der Nervenfasern nicht stattfinden kann, Veränderungen sowohl in den Fasern des centralen Nervenstumpfes als auch in den Zellenelementen, von denen die motorischen Fasern ihren Ursprung nehmen, nach sich zieht.

Digitized by Google

Kirilzew, S., **Zur Lehre vom Ursprung und centralen Verlauf des Gehörnerven. — Neurol. Centralblatt, No. 21.**

K. verzeichnet das vorläufige Resultat seiner Untersuchung:

1. Der innere und der *Deiters*'sche Kern dienen nicht als Endigungsstelle der Fasern des Gehörnerven, wenigstens seiner hinteren Wurzel.

2. Der vordere Kern und das Tuberculum acusticum sind primäre Centren der hinteren Acusticuswurzel.

3. Die oberen Oliven bilden ebenfalls eines der primären Centren des Gehörnerven.

4. Die Fasern des Gehörnerven, welche in den oberen Oliven endigen, verlaufen aus dem Acusticusstamm in das Corpus trapezoideum und sind die Wurzelfasern, d. h. werden auf seinem Wege nicht von Ganglienzellen unterbrochen. Ob sie der vorderen oder hinteren Acusticuswurzel angehören, ist noch zweifelhaft.

5. Die Striae acusticae stammen aus dem Tuberculum acusticum, umkreisen das Corpus restiforme von oben, begeben sich in ventraler Richtung schräg über die Raphe zur entgegengesetzten oberen Olive und endigen zum Theil wahrscheinlich in der letzteren, zum grösseren Theile aber gehen sie, sich der unteren Schleife hinzugesellend, zum hinteren Abschnitt des unteren Zweihügels. Ein unbedeutender Theil der Striae acusticae geht, wie es scheint, zur oberen Olive der gleichnamigen Seite und höher zum unteren Zweihügel derselben Seite. Die Kreuzung der Striae in der Raphe findet dorsalwärts vom Corpus trapezoideum statt.

Redlich, Emil, **Die hinteren Wurzeln des Rückenmarkes und die pathologische Anatomie der Tabes dorsalis. — Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. XI pag. 1 u. ff.**

R. glaubt durch seine Untersuchungen gefunden zu haben, dass es sich bei der tabischen Affection der Hinterstränge um eine Degeneration der hinteren Wurzeln in ihrem intramedullaren Verlaufe handelt und dass es sich bei der Hinterstrangaffection nur um eine Degeneration dieser Wurzelfasern handelt. Jedenfalls glaubt er behaupten zu können, dass bei der Tabes nur jene Partien erkranken, die sicher aus hinteren Wurzelfasern aufgebaut sind, und jene frei bleiben, von denen sich eine andere Bedeutung zum mindesten vermuthen lässt. Constant findet sich auch in der grauen Substanz des Hinterhornes in der Randzone und in den *Clarke*'schen Säulen dieselbe Degeneration der Fasern. Eine regelmässige Betheiligung der hinteren Commissur fand sich nicht. Mithin erkrankt bei uncomplicirten Fällen von Tabes in der grauen Substanz, speciell im Hinterhorn, nur dasjenige, was als Fortsetzung hinterer Wurzeln sicher gestellt ist. Das Wesen der Veränderungen ist ein Degenerationsvorgang und nicht eine Entzündung.

Digitized by Google

Bregmann, E., **Ueber experimentelle aufsteigende Degeneration motorischer und sensibler Hirnnerven. — Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. XI pag. 73 ff.**

Das Resultat der Untersuchungen des Verfassers ist, dass beim erwachsenen Kaninchen nach Durchtrennung sowohl sensibler als auch motorischer Hirnnerven eine Degeneration ihrer intracerebral verlaufenden Wurzelfasern eintritt. Der dem Centrum näher gelegene Theil der Wurzel degenerirt, wenigstens beim Facialis, zuerst. Im Anfange fallen nur einzelne Fasern der Degeneration anheim; je länger das Thier nach der Operation gelebt hat, um so mehr breitet sich dieselbe aus. Die Degeneration tritt in gleicher Weise ein, ob man den Nerv an seiner Peripherie oder in der Nähe seiner Abgangsstelle vom Centralorgane oder an dieser letzteren Stelle selbst durchtrennt, jedoch ist ihr Verlauf in letzterem Falle ein rascherer.

Poniatowsky, A., **Ueber die Trigeminuswurzeln im Gehirn des Menschen, nebst einigen vergleichend anatomischen Bemerkungen. — Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. XI pag. 98 u. ff.**

Nach seinen Beobachtungen, welche an frühzeitig geborenen menschlichen Früchten und an einigen Thieren angestellt sind, besteht die sensible Trigeminuswurzel aus:

1. der aufsteigenden Wurzel, deren Fasern ihren Ursprung in der Gegend der Zellen der Hinterhornbasis und höchst wahrscheinlich auch im Kopfe des Hinterhorns haben,
2. den Fasern aus dem sensiblen Kerne derselben Seite,
3. den Fasern aus dem sensiblen Kerne der anderen Seite;

Die motorische Trigeminuswurzel aus:

1. den Fasern aus dem motorischen Kerne derselben Seite,
2. den Fasern aus dem motorischen Kerne der anderen Seite,
3. der absteigenden Wurzel.

Zinn, W., **Das Rindenfeld des Auges in seinen Beziehungen zu den primären Opticuscentren etc. — Münchener medicin. Wochenschrift, No. 28 u. 29.**

Bei einem Geisteskranken, der mehrere Jahre vor Beginn der Psychose einen apoplektischen Insult erlitten hatte und dessen Krankheitserscheinungen am meisten dem Bilde der progressiven Paralyse entsprach, fanden sich bei der Section im linken Occipitalhirn ein Erweichungsherd, welcher die ganze Umgebung der Fissura calcarina, im Besonderen den Gyrus occipitalis I und II völlig, den Lobus lingualis, Gyrus occipito-temporalis, Gyrus hippocampi, Cuneus und Praecuneus mehr oder weniger zerstört hatte. Diesem Herde entsprach eine deutliche Schrumpfung der sogen.

Digitized by Google

primären Opticuscentren der linken Seite, des Corpus geniculatum ext., des Pulvinar Thalami optici und des Corpus quadrigeminum anterius. Auch der linke Tractus opticus zeigte eine nicht unerhebliche Verkleinerung. In den genannten Gehirnabschnitten waren mikroskopisch die Zeichen einer Degeneration in den Nervenfasern, Ganglienzellen und in der Zwischensubstanz deutlich ausgesprochen. Das übrige Gehirn intact. Der vorstehende Befund bestätigt nach *Z.* die hauptsächlich durch *v. Monakow* aufgestellte Lehre über die Sehbahnen des erwachsenen Menschen, dass Erkrankungen des Occipitalhirns nothwendiger Weise allmählich eine ununterbrochen centrifugal fortschreitende Atrophie der primären optischen Centren und auch des Tractus opticus sowie der Sehnerven zur Folge haben.

Rorie, James, Ein Fall von Hirngeschwulst. — Journal of Mental Science. pag. 399 u. ff.

Bei einer die Erscheinungen der Dementia paralytica senilis zeigenden Geisteskranken fand sich ausser kleinen Erweichungsherden im rechten Centrum ovale und an den Spitzen beider Stirnlappen ein $2^1/_2$ Zoll grosser röthlich-grauer Tumor, welcher die Gegend der Basalganglien beider Seiten mit Ausnahme einer kleinen Portion des rechten Thalamus opticus einnahm.

Donaldson, Henry, Anatomische Beobachtungen an dem Gehirn und einzelnen Sinnesorganen der blinden Taubstummen Laura Bridgeman. — American Journal of Psychology, Vol. IV No. 2.

D. vervollständigt seine bereits im letzten Literaturberichte mitgetheilten diesbezüglichen Beobachtungen dahin, dass bei der Bridgeman die Dicke der Hirnrinde nur 89 pCt. von der normalen betragen habe und dass in der Rinde sich eine abnorm geringe Zahl von grossen Nervenzellen gefunden habe. Am Os ethmoideum und der dasselbe überziehenden Schleimhaut fanden sich die Residuen einer Entzündung, namentlich linkerseits; dieselben bestanden in einer excessiven Bindegewebsentwickelung, die an einer Stelle, dem linken Meatus superior, gleichsam einen fibrösen Tumor bildete. Auch die Nerven zeigten dort einen excessiven Reichthum an Bindegewebe. Auch die Sehnerven waren atrophisch (das Nähere siehe im Original).

Donaldson, Die Ausdehnung der Rinden-Sehsphäre beim Menschen, mit Rücksicht auf die Untersuchung des Gehirns der Bridgeman. — Ibidem, No. 4.

Die Untersuchung hatte gezeigt, dass an den drei Stellen des Occipitallappen, welche untersucht waren, die Rinde rechterseits dünner war. Die Sehnerven und der Tractus opticus, der zum linken Auge führte,

Digitized by Google

waren dünner und im rechten Cuneus waren die Windungen unregelmässig. Diese Thatsachen weisen auf eine hochgradigere Affection des rechten Occipitallappen hin. Die Thatsache erklärt sich daher, dass die Bridgeman das Sehvermögen auf dem linken Auge bereits im Alter von 2 Jahren, auf dem rechten Auge erst im Alter von 8 Jahren verloren hatte. *D.* suchte nun durch vergleichende Messungen der Dicke der Hirnrinde bei der Bridgeman die Grenze der Sehsphäre überhaupt genauer festzustellen, indem er die gefundenen Grössen in Vergleich stellte mit denen am normalen Menschen. Durch diese vergleichenden Untersuchungen hat er gefunden, dass die Sehsphäre den Cuneus und den Gyrus angularis einnimmt, aber nicht bis zur ventralen Fläche hinreicht.

Wollenberg, Robert, **Ueber das Verhalten der Spinalganglien bei der Tabes dorsalis. — Archiv für Psychiatrie, Bd. XXIV Heft 2, pag. 313.**

Zum Zweck der Klärung der Frage, ob bei der Tabes dorsalis die Spinalganglien sich an der Degeneration betheiligen, wurden vom Verfasser in 14 Fällen die Spinalganglien einer theils mehr theils weniger genauen Untersuchung unterzogen. Er fand in ihnen:

1. bezüglich der Ganglienzellen starke Pigmentirung, Verfettung, Trübung des Zelleninhaltes, Zerfall und Schrumpfung sowie auch Vacuolisirung,

2. bezüglich des Bindegewebes eine hochgradige Vermehrung der Bindegewebskerne und eine erhebliche Vermehrung, Erweiterung und abnorm starke Füllung der Blutgefässe.

Es geht daraus hervor, dass bei der Tabes dorsalis nicht blos die Nervenfasern von der Degeneration befallen werden, sondern dass auch die Spinalganglien mit allen ihren Elementen sich an der Degeneration betheiligen.

Hösel, Otto, **Die Centralwindungen ein Centralorgan der Hinterstränge und des Trigeminus. — Archiv für Psychiatrie, Bd. XXIV Heft 2, pag. 452 ff.**

Die Unterlage für die Untersuchungen des Verfassers bietet ein Fall von porencephalitischem Defect in den Centralwindungen der linken Grosshirnhemisphäre einer epileptisch-blödsinnigen Frau, die im Alter von drei Wochen zuerst von allgemeinen Krämpfen befallen war, welche 9 Tage anhielten und eine Lähmung der rechten oberen und unteren Extremität zurückliessen. Der porencephalitische Defect erschien als fluctuirende Cyste. Es waren in dieselbe verwandelt vollständig die Rinde und das Mark der hinteren Centralwindung mit ihrem Uebergangsstück in das Paracentralläppchen. Von der vorderen Centralwindung und der angrenzenden Windung des oberen Scheitelläppchens war nur das Mark ihres oberen

Digitized by Google

Abschnittes in geringerer Ausdehnung unterminirt. Am Hirnstamm erschien der linke Grosshirnschenkel etwas kleiner als der rechte. In der Medulla oblongata war die linke Pyramide auf den 4. Theil des Querschnittes der rechten reducirt. Die rechte Clava war schmächtiger als die linke und die rechte Kleinhirnhemisphäre kleiner als die linke.

Bei der nach Erhärtung vorgenommenen Schnittuntersuchung, welche angestellt wurde durch das Rückenmark, das verlängerte Mark, die Brücke, die Hirnschenkel, den rothen Kern, die Grosshirnganglien und den Stabkranz, zeigte sich, dass folgende Nervenbahnen mit ihren zugehörigen nucleären Bestandtheilen an den secundären Veränderungen betheiligt waren:

1. die linksseitige Pyramidenbahn — dieser Fall beweist nach des Verfassers Ansicht von Neuem, dass die Pyramidenbahn in den Centralwindungen ihr Rindencentrum besitzt,

2. die Schleife, indem der rechte *Goll*'sche und innere *Burdach*'sche Hinterstrangskern hochgradig atrophisch war und dementsprechend die von ihnen ausgehenden Fasern, welche zur Mittellinie zogen, in dem Maasse reducirt waren, dass nur wenige ins Gesichtsfeld traten. — Es wäre demnach für die Fasermassen, die aus den Hinterstrangkernen stammen und in der Schleife ihren Verlauf nehmen, ihr Rindencentrum ebenfalls in die Centralwindungen zu verlegen.

Ausserdem wird durch diesen Fall auch für den Menschen der Beweis geführt, dass die Centralwindungen das Rindencentrum nicht nur für die Vorder- und Seitenstränge sondern auch für die Hinterstränge darstellen, soweit deren Fasern im Schleifenhaupttheil verlaufen.

3. Die Vorderseitenstränge, indem am Uebergange vom Rückenmark zum verlängerten Mark der linke Vorderseitenstrang um etwa $^1/_2$ seiner Masse kleiner und sein Querschnitt um ebenso viel schmäler war als der rechte.

4. Der Trigeminus, mit Sicherheit wenigstens sein rechter sensibler Kern; derselbe ist rechts vollkommen zum Schwund gebracht, links dagegen in seiner gewöhnlichen Form und Beschaffenheit vorhanden. Aus diesem Verhalten lässt sich der wichtige Schluss ziehen, dass zwischen Centralwindungen der linken Seite und dem sensiblen Trigeminuskern der rechten Seite vermittelst der Schleife eine Verbindung existiren muss, die den centralen Verlauf bestimmter Trigeminusfasern repräsentirt, dass diese Fasern mit den Fasern aus den Hinterstrangskernen zusammen ihren Weg zur Rinde der Centralwindungen in der Schleife nehmen und dass die Centralwindungen ein Rindencentrum für den Trigeminus darstellen.

5. Die Faserung, die aus der rechten Kleinhirnhemisphäre entspringt und vermittelst des rechten Bindearmes und des linken rothen Kernes durch die Regio subthalamica und innere Kapsel nach der linken Centralwindung zieht — mit dieser Bahn wäre mithin eine Verbindung zwischen

Digitized by Google

Centralwindungen der einen Seite und Kleinhirnhemisphäre der anderen Seite gefunden.

Was die Function der Centralwindungen anlangt, so glaubte Verf., dass aus seinem Befunde hervorgehe, dass die Centralwindungen nicht mehr als „motorische Rindenzone" κατ' ἐξοχήν zu bezeichnen seien; dieselben müssten, wenn nicht ausschliesslich, so doch vorwiegend zugleich auch sensiblen Functionen vorstehen.

Williamson (London), **Veränderungen in den Tract. opt. und im Chiasma in einem Falle von einseitiger Atrophie des N. opticus. Brain, 1892.**

Der in manchen Punkten eigenthümliche Befund war folgender: Die rechte Hälfte des Chiasma war vorn degenerirt, die Degeneration beschränkte sich nach hinten auf die obere Fläche und verschwand allmälig. In der linken Chiasmahälfte zeigte sich vorn ein schmaler Streifen von Degeneration, der an der inneren Oberfläche nahe der Mittellinie begann und schräg nach aussen und etwas nach oben verlief, hierbei sich verbreiternd und im hinteren Theil des Chiasma verschwindend. Der linke (gekreuzte) Tract. opt. war schmaler als der rechte, im Centrum des rechten fand sich ein gelblicher Bezirk mit Vermehrung des Bindegewebes und Verminderung der Nervenfasern, im linken Tractus ein schmaler Degenerationsstreifen an der inneren Hälfte der unteren Fläche, ein ähnlicher aber dünnerer längs der Peripherie an der unteren und äusseren Fläche. *Matusch.*

Buxton, W. L. und ***Goodall, E.,*** **Ueber gewisse mikroskopische Veränderungen in den Nerven der Extremitäten bei progressiver Paralyse. — Brain, 1892.**

Untersucht wurden die N. med. und uln. jederseits am Handgelenk und in der Mitte des Armes sowie der N. tib. post. hinter dem inneren Knöchel, jeder auf einer Strecke von ungefähr $2^1/_2$ Zoll. Fälle, in denen Verdacht auf Syphilis bestand, wurden nicht benutzt. An wichtigen Veränderungen fanden *B.* und *G.* Vermehrung des Bindegewebes besonders im Peri- und Endoneurium mit zahlreichen zwischen die Bündel gelagerten Rundzellen, vorzugsweise um die Blutgefässe herum, die letzteren ungemein zahlreich und congestionirt; die Nervenfasern zeigten sich in der Grösse auffallend verschieden, ebenso die Axencylinder, mit der *Weigert-Tal*'schen Methode färbten sich die Fasern sehr ungleich, ein Gesammtbefund, den die Verff. als Zeichen chronischer Entzündung und Degeneration auffassen. Die Veränderung war in den distalen Theilen der Nerven deutlicher, während sie die Gefässcongestion weniger ausgeprägt darboten.

In acht der untersuchten zehn Fälle fanden sich innerhalb und ausserhalb der Nervenbündel rundliche Haufen von organisirtem Bindegewebe in concentrischer Anordnung, die Verff. aus folgenden Gründen für Reste

Digitized by Google

obliterirter Blutgefässe halten: Viele dieser Haufen besitzen einen oder mehrere Ringe von Kernen, die genau das Aussehen von Muskelkernen haben, und ferner einen äusseren Ring von Bindegewebe, der anscheinend die Adventitia repräsentirt; einzelne Blutgefässe zeigen verdickte Intima bei deutlich verengertem Lumen, stellenweise findet sich ein Centrum organisirter Masse mit drei ringförmig angeordneten Lagern (gleich Bindegewebe, Muscularis, elastischem Gewebe), die zweifellos untergegangene Gefässe darstellten. Auf Längsschnitten glücklich getroffene Gefässe zeigten hier und da in ihrem Verlaufe spindelförmige Erweiterungen, hier war das Lumen obliterirt und enthielt nur einen Pfropf von bindegewebiger Masse, während das Lumen bei gleichmässigem Kaliber des Gefässes Blutkörperchen aufwies.

Die erkrankten Gefässe waren stets Capillaren, nur in einem Bilde betraf die Veränderung ein grösseres Gefäss. Die Ursache sei offenbar die Abschnürung durch die Entzündung im Nervengewebe, obgleich sich auf einzelnen Schnitten völlig thrombosirte Gefässe in anscheinend gesundem Nervenabschnitte fand. *Matusch.*

Miles, Alex, Mechanismus der Hirnverletzungen (Hirnerschütterung). — Brain, 1892.

Nach Besprechung der bisherigen Theorien über Gehirnerschütterung und Darlegung seiner Experimente an Kaninchen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Der Symptomencomplex, den man gewöhnlich als „Gehirnerschütterung" bezeichnet, ist Folge temporärer Hirnanämie.

Diese Anämie ist Reflexwirkung durch Reizung der Corp. restiformia und möglicher Weise anderer wichtiger Centren im Bulbus.

Sie werden gereizt durch die Welle des Liquor cerebrospin., die bei einem schweren Schlag gegen den Schädel durch den Aquaed. Sylv., des Foramen Magendii und vom Subarachnoidalraum des Gehirnes zu dem des Rückenmarkes rollt.

Nach hydrostatischen Gesetzen muss diese Welle das Gleichgewicht der äussersten Nervenzellen im gesammten Centralnervensystem stören.

Die in der Hirnsubstanz und an seiner Oberfläche gefundenen Hämorrhagien sind dem Zurückweichen der Cerebrospinalflüssigkeit zuzuschreiben, die naturgemäss die Blutgefässe des Gehirnes regulirt.

Diese Blutungen geben nicht die unmittelbare Ursache der Symptome bei Gehinerschütterung ab, sondern sind eher als Index der Kraft des Schlages anzusehen. *Matusch.*

Mott, Fred., Aufsteigende Degeneration nach Läsionen des Rückenmarkes bei Affen. — Brain, 1892.

In der mit Zeichnungen und Photographien illustrirten Arbeit wird nachgewiesen, dass der periphere Theil der Vorder- und Seitenstränge

Digitized by Google

grossentheils aus auf- und absteigenden Kleinhirnbahnen bestehe. Der Vorderstrang könne in einen ventralen und einen dorsalen Theil geschieden werden, die man anstatt „Vorderseitenstrang" und „directen Kleinhirnstrang" als ventralen und dorsalen aufsteigenden Kleinhirnstrang bezeichnen könne, der ventrale Theil könne beim Affen total durchschnitten werden ohne Analgesie hervorzurufen; ventraler und dorsaler Theil bildeten einen Verbindungsweg zwischen dem Oberwurm des Kleinhirns und den Zellen des Rückenmarks: Der ventrale zwischen bestimmten Zellen desselben und dem ventralen Theil des Oberwurms, der dorsale zwischen den Zellen der *Clarke*'schen Säulen und dem dorsalen Theil. Durschneidung des Vorderseitenstranges in der Cervicalgegend bewirke eine weit dichtere Degeneration inmitten der Fibr. arcuat. als sich durch die leichte Beschädigung der directen Kleinhirnfasern erklären lasse; die sehr ausgedehnte Degenerationsbahn im „ventralen Kleinhirnstrang" lasse sich beim Affen zum Oberwurm durch den oberen Kleinhirnschenkel verfolgen.

Matusch.

Dupuy, Eugène (Paris). **The rolandic area cortex. — Brain, 1892.**

D. wendet sich sehr entschieden gegen die Localisationslehre und führt als Beweise für seine Ansicht eine Reihe von Thierexperimenten ins Feld. Ein kurzer Auszug des Thatsächlichen könnte der vielfach polemisch gehaltenen Arbeit schwerlich gerecht werden, es sei deshalb nur bemerkt, wohin die Ausführungen des Verf.'s gipfeln: In der grauen Masse des Cerebrospinalsystems gebe es keine specialisirte Localisation der Functionen im Sinne der meisten Physiologen und aller Aerzte; es sei die Masse, in der alle Activitäten des Körpers centralisirt seien, aber sie sei nur durch Nervenfasern erregbar und weder motorisch noch sensorisch, sondern potentielle Substanz; die Functionen der Bewegung und Empfindung seien einzig Attribute der peripherischen Elemente; die centrale graue Substanz reagire einfach entsprechend der Natur des Impulses und motorische oder sensible Lähmung greife nur dann direct Platz, wenn Nervenbündel kurz vor oder nach Austritt aus dem Rückenmark oder auf dem Wege zum Muskel zerstört seien. Das graue Centralorgan sei in allen seinen Theilen identisch und die in ihm anlangenden Eindrücke würden durch die Art ihrer Ursache differenziirt, „Functionslocalisation in der Rinde" und „Localisation von Gehirnleiden" seien nur bequeme Ausdrücke, aber ohne Sinn, wenn sie eine physiologische Thatsache bezeichnen. Die Hirnrinde sei keine Mosaik von Centren, zugegeben, dass sie überhaupt Centren enthalte, so sei es nur im Sinne *Brown-Séquard*'s zu verstehen, dass Centren über die ganze Rinde verbreitet seien mit höchstens einigen besonders activen Flecken.

Matusch.

Digitized by Google

Meschede, Franz, Ueber die den paralytischen Anfällen zu Grunde liegenden pathologisch-anatomischen Veränderungen. — ***Virchow's*** Arch. Bd. 124 Heft 2. ***Schmidt's*** Jahrbücher.

M. tritt in kritisch-polemisirender Form für seine Ansicht ein, dass den paralytischen Anfällen Cerebralcongestionen zu Grunde liegen. Die Residuen dieser Congestionen könnten verschieden sein: z. B. capilläre Hämorrhagien, Pachymeningitis haemorrhagica interna und anderes. Als Beweis führt er ganz besonders einen Fall an, in dem während der Anfälle sich auch capilläre Blutungen in der Gesichtshaut fanden. *S.*

Richter, Alfred, Schädelcapacität und Hirnatrophie bei Geisteskranken. — ***Virchow's*** Archiv. Bd. 124 Heft 2.

Verf. bestimmte die Schädelcapacität nicht durch Ausgiessen mit Wasser oder Ausfüllen mit Schrot, sondern er fertigte nach Entfernung der Dura der Schädelbasis Gypsausgüsse des Schädels an. Deren Volumen bestimmte er durch Wasserverdrängung; ebenso dann das Volumen des Gehirns und der Häute; auch die Cerebralflüssigkeit wurde berücksichtigt. Aus der Differenz zwischen Schädelcapacität und dem Volumen des Schädelinhaltes (Gehirn und Häute) schloss er dann auf die Atrophie des letzteren. Denn da Gehirn- und Schädelwachsthum einander bedingen, so muss ein späteres Geringersein des Hirnvolumen gegenüber der Schädelcapacität durch Atrophie bedingt sein. Es ist hier nicht möglich auf die Einzelheiten der Arbeit einzugehen, deren mühevoll gewonnene Resultate in einer grossen Anzahl von Tabellen zusammengestellt sind, es wird in dieser Beziehung auf das Original verwiesen. Von besonderem Interesse ist, dass die Atrophie, abgesehen von einigen Idiotismusfällen, bei Paralyse und Dementia senilis ihre höchsten Grade erreicht, und zwar bei paralytischen Männern im Zweiten bei Frauen sogar schon im ersten Jahre. *S.*

Richter, Alfred, Ueber Ausgüsse von Schädeln Geisteskranker. — ***Virchow's*** Arch., Bd. 128, Heft 2.

Die Ausgüsse geschahen mit Gyps und die erhaltenen Formen wurden dann gemessen. Es wurde die Höhe, die Breite und die Länge bestimmt. Der Umfang wurde durch das Bandmaass genommen, indem dasselbe über die Spitzen der Hinterhauptslappen zum Fusse des Stirnhirns geführt wurde.

Die männlichen Idioten weisen unter den männlichen Krankheitsformen-Durchschnitten die geringste Länge und Breite auf. Die weiblichen Idioten haben die geringste Länge unter den Durchschnitten aller weiblichen Kranken. Die Epilepsie bei Männern verdankt ihren höchsten Durchschnittscubus zumeist der Höhe, weniger der Breite, noch weniger der Länge.

Man kann von der äusseren Form eines Schädels auf seine innere Gestaltung nur sehr vorsichtig schliessen. Viele Schädel sehen aussen

Digitized by Google

sehr missgestaltet aus, ihr Ausguss bietet aber nicht zu viel Abweichendes dar. Die äusseren Abweichungen mildern sich auf dem Wege von der äusseren Knochentafel zur inneren ab und das Hirn wirkt während seiner Entwickelung im Inneren des Schädels ausgleichend. So kam es auch, dass die Charaktere, welche an den weiblichen Schädeln zum Unterschiede von den männlichen hervorgehoben werden, an den Ausgüssen gar nicht zu bemerken waren. Die Ausgüsse bestätigten auch die Ansicht *Welcker's*, dass, wenn man als Längenmaass des Schädels die Entfernung des vorderen Umfanges des Foramen occipitale magnum bis zum Foramen coecum nimmt, alle Indices der männlichen und weiblichen Schädel so ziemlich gleich sind, und danach nur die Grösse, nicht aber die Form des weiblichen Schädels von derjenigen des männlichen abweicht.

Die Längendifferenzen sind grösser bei den Männern.

Von 242 Ausgüssen war 79 Mal die linke und nur 8 Mal die rechte Occipitallappenspitze entwickelter. *R.* erklärt dies so: Bei jeder Systole schwillt das Hirn etwas an und stossen die Occipitallappenspitzen etwas nach hinten. Da nun die linke Hirnhälfte den Puls in Folge des graden Gefässverlaufes kräftiger bekommt, wird auch die linke Hemisphäre in vielen Schädeln die Oberschuppe grösser gestalten.

Die Hinterhauptslappen bedecken das Kleinhirn stets, wenn nicht, so handelt es sich um eine Entwickelungshemmung. Irrthümer kommen auf dem Sectionstisch durch zu starke Streckung der Hirnbasis zu Stande.

Ist ein beträchtlicher Hydrocephalus vorhanden, so markiren sich die Tubera par., wird er noch erheblicher, so erscheint der Schädel wie der Ausguss blasig aufgetrieben.

Kreuzschädel wurden bei 7 Männern und 6 Weibern gefunden. Selbst beträchtliche Bildungsstörungen der Convexität ziehen die Schädelbasis selten in Mitleidenschaft.

Zahlreiche Tabellen und 2 Tafeln sind der Arbeit beigegeben.

***Hoche, A.*, Beiträge zur Kenntniss des anatomischen Verhaltens der menschlichen Rückenmarkswurzeln im normalen und im krankhaft veränderten Zustande (bei der Dementia paralytica). — Heidelberg. 1891.**

Verf. berichtet über eine neue, von ihm entdeckte Ganglienzellengruppe an der vordern Peripherie des untern Drittels des Rückenmarks, die in engster Beziehung zu den vordern Wurzeln steht und gewissermaassen dem Ganglion der hintern Wurzeln entspricht. Die Function dieser neuen Gruppe ist noch nicht klar gestellt. Ein weiterer eigenthümlicher, aber normaler Befund an den Rückenmarkswurzeln besteht in den Plaques, die Verf. besonders an den lumbalen und sacralen, vordern und hintern Wurzeln zwischen die Querschnittsbilder der Nervenfasern eingestreut fand. Sie finden sich nur im Anfangstheil der Wurzeln und unterscheiden sich

Digitized by Google

dadurch von den ähnlich aussehenden Faserdegenerationen. — An der Hand von 11 mikroskopisch genau untersuchten Rückenmarken von Paralytikern kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen. 1. Bei der Dementia paralytica finden sich häufig, vielleicht regelmässig Veränderungen sowohl an den vordern wie an den hintern Wurzeln. 2. Die Veränderungen betreffen das Stützgerüst, die nervösen Elemente, jedes für sich allein oder beide gleichzeitig. Das Stützgerüst ist entzündlich verdickt, die Nervenfasern einfach oder degenerativ atrophirt. 3. Die Veränderungen an den Wurzeln sind nicht abhängig von der Vertheilung des krankhaften Processes im Innern des Marks. 4. Die stärksten Veränderungen finden sich gewöhnlich an den sacralen und lumbalen Wurzeln. 5. Die Veränderungen müssen bei der Beurtheilung des klinischen Bildes der Dementia paralytica berücksichtigt werden. *Serger.*

***Fürstner,* Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse, insbesondere über die Veränderungen des Rückenmarkes und der peripheren Nerven. — Arch. f. Psych. Bd. XXIV Heft 1, pag. 83 u. ff.**

Die Frage, welche bei der Paralyse im Laufe der letzten Decennien sich mehr und mehr in den Vordergrund drängt, ist die: Kann bei der Paralyse auch das gesammte periphere Nervensystem in Mitleidenschaft gezogen werden; besteht zwischen der Erkrankung des letzteren und den pathologischen Vorgängen im Centralnervensystem ein Abhängigkeitsverhältniss?

Pick beginnt diese Frage an der Hand von 2 Fällen. Berliner klin. Wochenschr. 1890. No. 47.

F. erörtert 1. die spinalen Veränderungen. Er hat 145 Fälle untersucht, 118 Männer und 27 Frauen (18,7 pCt.). 51 von ihnen gehörten den besseren Ständen an.

16 Fälle ergaben einen negativen spinalen Befund.

11 Fälle zeigten Veränderungen, welche wegen ihrer Localisation oder wegen histologischer Eigenthümlichkeiten eine gesonderte Erörterung bedingen.

Von den verbleibenden 118 Fällen zeigten:

73 eine Erkrankung der Seiten- u. Hinterstränge = 51 pCt. der Gesammtzahl.
17 - - nur der Seitenstränge = 11,7 - - -
28 - - - - Hinterstränge = 19,3 - - -

Es ist in allen Fällen regelmässig die eine Seite stärker betroffen.

Da *F.* annimmt, dass in der Regel die Hinterstränge erst in einem späteren Stadium der Erkrankung betroffen werden, — weil er nach seinen Beobachtungen bei der Mehrzahl der Paralytiker in den frühen Stadien der Erkrankung lebhafte oder gesteigerte Patellarreflexe constatirte, wobei er anatomisch weitaus häufiger ausgedehnte Erkrankung der Seiten- neben

Digitized by Google

geringerer Betheiligung der Hinterstränge als den umgekehrten Befund fand — so findet er es erklärlich, dass in den Hintersträngen die Veränderungen oft wenig stark und circumscripter Art sind. Als Prädilectionsstellen für die Degeneration erweisen sich in den Hintersträngen:

1. Im oberen Halsmark ein Gewebsstreifen, der der Grenze der *Goll*'schen Stränge anliegt; an beiden Enden des Streifens kommt es häufig zu kolbigen Verbreiterungen der Degenerationsfigur.

2. Im mittleren und unteren Halsmark sind beide Streifen oder schmaler, ausser ihnen macht sich häufig eine Randdegeneration bemerkbar, die von der Spitze des Hinterhorns bis zu dem die *Goll*'schen Stränge abschliessenden Streifen reicht.

3. Im oberen und mittleren Dorsalmark wird immer mehr der äussere Abschnitt der Keilstränge das Centrum der Degeneration; am meisten erkrankt erscheinen schliesslich

4. die äusseren und mittleren Partien der Keilstränge im mittleren Dorsal- und Lendenmark, endlich vor Allem

5. die Wurzelzone.

In den meisten Fällen ist die Degeneration in den Hintersträngen das ganze Mark hindurch zu verfolgen; doch pflegt sich dieselbe nicht so gleichmässig auf grössere Abschnitte der Hinterstränge zu erstrecken, wie bei der typischen Tabes, auch fehlen fast regelmässig stärkere Veränderungen resp. Verdickungen an den Gefässwänden.

Auch bei der relativ kleinen Gruppe von Fällen, wo ausschliesslich die Pyramidenseitenstrangbahnen erkrankt sind, findet sich fast regelmässig die Thatsache, dass der Process auf der einen Seite stärker entwickelt ist als auf der anderen; sodann pflegt der Schwund der Nervenfasern am ausgeprägtesten zu sein im mittleren Dorsalmark, in den nach oben und unten zu die Degeneration abnimmt. Sonst überschreitet die Veränderung in den Seitensträngen die Grenzen der Pyramidenseitenstrangbahnen sehr häufig, sowohl nach vorn wie nach der Peripherie zu.

In einzelnen Fällen dieser Gruppe, wo ausschliesslich die Pyramidenseitenstrangbahnen erkrankt waren, erscheinen die anatomischen Befunde auffallend schwach ausgeprägt gegenüber den sehr deutlichen klinischen Symptomen: vor Allem Steigerung der Patellarreflexe, Dorsalclonus, Muskelspannung, motorischer Schwäche. Eine Erklärung für dieses Missverhältniss, das besonders mit der Angabe *Westphal*'s contrastirt, der trotz Veränderungen der Seitenstränge irgend welche darauf hindeutende Symptome intra vitam vermisste, vermag *F.* nicht zu geben. Im Uebrigen würden die Befunde bei dieser Gruppe von Paralytikern durchaus denen entsprechen, die für die spastische Spinalparalyse als charakteristisch bezeichnet worden sind. Es fanden sich die vorhin angeführten Symptome bei intacter Sensibilität und ungestörter Function von Blase und Mastdarm. Unter ihnen hat *F.* auch Fälle beobachtet, wo es in

Digitized by Google

späteren Stadien der Paralyse zu Contracturen in allen 4 Extremitäten kam, wo sich dann post mortem ausschliesslich Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahn nachweisen liess, und zwar bei erheblich stärkerer Betheiligung der einen, auch klinisch stärker betroffenen Seite.

Die Vorderstränge sind bei Paralytikern äusserst selten der Sitz von degenerativen Veränderungen; in den ganz vereinzelten Fällen, in denen sie sich fanden, waren gleichzeitig die Seiten- und Hinterstränge erkrankt, während gerade in den Fällen von ausschliesslicher Pyramidenseitenstrang-Degeneration die Vorderstränge ganz regelmässig intact waren.

Die Hinterstränge wurden ausschliesslich erkrankt gefunden in den Fällen, in welchen kürzere oder längere Zeit, oft Jahre hindurch ausschliesslich der spinale Symptomencomplex besteht, zu dem sich dann cerebrale Erscheinungen gesellen, die mit der Paralyse identificirt zu werden pflegen, also jene Fälle, denen man mit Vorliebe einen ascendirenden Verlauf zuschreibt. Die Veränderungen in den Hintersträngen sind viel diffuser und erstrecken sich auf das ganze Mark; schon im Halsmark erscheinen die *Goll*'schen Stränge in ihrer ganzen Ausdehnung betroffen, im Brustmark wird der den Hinterhörnern anliegende Saum normalen Gewebes immer schmaler, das Lendenmark ist regelmässig und bis in die untersten Partien hinein verändert. Weiter finden sich hier Anomalien an den Gefässen und zwar beträchtliche Verdickungen der Wände. Endlich tritt in vielen Fällen die Verschmälerung des gesammten Rückenmarks schon makroskopisch deutlich hervor.

In den seltenen Fällen, wo gleichzeitig mit den cerebralen in den Hintersträngen localisirte spinale Veränderungen auftraten, erwiesen sich in den Hintersträngen nicht der Grenzbezirk zwischen Keil- und *Goll*'schen Strängen sondern letztere selbst in ihrer Totalität, wenn auch nicht stark, verändert, und war im Brustmark mit Vorliebe ein Streifen degenerirt, der von dem Winkel des Hinterhornes bis fast zur Peripherie verlief und es reichte ferner im Lendenmark die Veränderung gleichmässig bis zur hinteren Spalte. Dabei waren Differenzen in der Stärke der Erkrankung auf beiden Seiten nicht erkennbar.

Als fernere spinale Befunde traten bei den Paralytikern auf: eine diffuse, gleichmässige Zunahme der Stützsubstanz, eine Vermehrung und Verdickung der Septa, mit der sich einmal Gefässveränderungen und zwar homogene Umwandlung der Wand kleiner Gefässe oder zellige Infiltration der Wand grösserer, besonders im Bereich der Aventitia, ausserdem aber Wucherung von Rundzellen in den Pia-Fortsätzen und der gesammten Pia verbinden. Die Gefässveränderungen besitzen jedoch nicht die Eigenthümlichkeiten, welche von einer Reihe von Autoren bei spinaler Lues beschrieben worden sind, selbst nicht bei Individuen mit luetischen Antecedentien.

An den Rückenmarkshäuten wird wohl in allen Fällen chronische

Digitized by Google

Leptomeningitis, nach oben zu allmälig an Intensität abnehmend, gefunden.

Ausserdem findet sich oft unabhängig von der intraspinalen Erkrankung eine Verdickung der Pialfortsätze, zellige Infiltration der Pia und der Gefässwände, namentlich der Adventitia.

F. ist an der Hand seines Materials zu der Ueberzeugung gelangt, dass unter den bei Paralytikern vorkommenden spinalen Erkrankungen bezüglich der Frequenz weitaus die erste Stelle die Gruppe von Fällen einnimmt, bei der die Seiten- und Hinterstränge afficirt sind, die zweite Stelle die mit ausschliesslicher Hinterstrang-Erkrankung, und die dritte Stelle die mit alleiniger Seitenstrang-Erkrankung. Dieses Verhältniss wird auch nicht geändert durch die sociale Lage der Kranken, ob den besseren Ständen angehörig oder nicht. Es hat sich ferner kein Anhalt dafür gefunden, dass bei Paralytikern, die früher syphilitisch inficirt waren, ausschliesslich oder in besonders hervorragendem Grade Erkrankung der Hinterstränge anzutreffen ist. *F.* hält, soweit die combinirten Seiten- und Hinterstrang-Erkrankungen, die reinen Seiten- und einen Theil der Hinterstrangfälle in Betracht kommen, die Degeneration der nervösen Substanz für den primären Vorgang.

Die Frage, ob auch das periphere Nervensystem, abgesehen von seinem Anfangstheile, in seinem weiteren Verlauf bei der progressiven Paralyse erkranken kann — welche *Pick* in Folge von 2 beobachteten Fällen bejaht — glaubt *F.* als durch das bisher vorliegende Material *nicht* bewiesen. Er erklärt die bisher bekannt gewordenen Fälle (5) (2 eigene) aus dem allgemeinen Marasmus und den anamnestischen Momenten, wie Alcoholismus.

F. hält es für zweifelhaft, ob die Fälle, in denen Jahre lang Tabes besteht und die cerebralen Symptome erst secundär zu den spinalen Leiden hinzutreten sowie die Fälle, wo trotz einer Krankheitsdauer von 4—6 Jahren und mehr das klinische Bild der Tabes höchstens rudimentär entwickelt ist, zu der Paralyse zu zählen sind, da deren Demenz eine andere ist und wirkliche paralytische Sprachstörungen (Silbenstolpern, Articulationsstörung) während des ganzen Verlaufs ausbleiben können, auch die Zuckungen und Tremor-Erscheinungen in der Gesichts- und Zungenmusculatur auffallend gering sind.

Digitized by Google

6. Specielle Pathologie und Therapie. Ref.: Pelman-Bonn.

Magnan, V., Psychiatrische Vorlesungen. Deutsch von ***Möbius.*** II./III. Heft. Ueber die Geistesstörung der Entarteten. XV. 123. — Leipzig, Georg Thieme, 1892.

Dem 1. Hefte der psychiatrischen Vorlesungen von *Magnan* hat *Möbius* sehr bald ein 2. und 3. Heft folgen lassen, indem er verschiedene Arbeiten des französischen Irrenarztes über die Geistesstörungen der Entarteten in einem Bande vereinigte.

Die Vorzüge der Klarheit und der vollsten Beherrschung des Gegenstandes, die wir seiner Zeit dem 1. Hefte nachrühmen mussten, finden wir hier in gleicher Weise wieder, wenn auch hin und wieder etwas mit aufgenommen wurde, was von geringerem Interesse ist.

Möbius selbst gibt uns in der Einleitung eine übersichtliche Schilderung dessen, was in dem Buche selber des weiteren enthalten ist.

Die Geistesstörungen der Entarteten haben gerade durch *Magnan* eine eingehendere Würdigung und Bearbeitung gefunden.

Allerdings war die Thatsache, dass Kinder von geistes- oder nervenkranken Eltern in einem krankhaften Geisteszustande auf die Welt kommen können, schon vor *Magnan* bekannt, und ebenso, dass ein ganz ähnlicher Zustand gewissen Schädlichkeiten seine Entstehung verdanken kann, die das Kind bald nach der Geburt und innerhalb der ersten Lebensjahre treffen. Es erscheint demnach richtiger, diese Individuen als Entartete und nicht als Hereditarier zu bezeichnen. Das Zerstreute aber zusammengetragen und Ordnung in die Verworrenheit gebracht zu haben, ist *Magnan*'s Verdienst.

Er unterscheidet bei den Entarteten drei verschiedene Zustände.

1. Den dauernden Geisteszustand. 2. Die vorübergehenden Zufälle und 3. Das Irresein im engeren Sinne.

Nach dem dauernden Zustande kann man die Entarteten in drei Classen theilen, von denen wir die beiden ersten, die Idioten und die Imbecillen hier übergehen wollen, um uns lediglich mit der dritten, den Entarteten bei geistiger Reife, zu beschäftigen.

Sie bringen ebenfalls einen krankhaften Zustand mit auf die Welt, der ihnen während des ganzen Lebens treu bleibt, und zwar liegt das wesentliche dieses Zustandes in dem Mangel des psychischen Gleichgewichtes, in einer Disharmonie der geistigen Fähigkeiten, so dass sich die betreffenden Individuen wohl in allerhand Talenten erschöpfen, es aber niemals zur Ausbildung eines in sich geschlossenen Charakters bringen können. Auf den Boden dieser Instabilität entwickeln sich die vorübergehenden Zufälle, unter denen die Zwangsvorstellungen voranstehen, die

Digitized by Google

im Gegensatze zu den Wahnideen von einem deutlichen Krankheitsbewusstsein begleitet sind.

Allen gemeinsam ist ferner das Gefühl der Angst, das sie einleitet und das an Stärke dem Wohlbehagen entspricht, das sich nach Begehung der Zwangshandlung einzustellen pflegt.

Der Zwangsvorstellungen mit treibender oder hemmender Kraft gibt es eine ganze Menge, die meist ebenso schöne wie schwierige Namen tragen.

Ausser den bekannteren, der Fragesucht, Platzfurcht und dergleichen mehr, rechnet *Magnan* hierher die Exhibitionisten und die Dipsomanen, und seine Schilderung dieses letzteren Zustandes eröffnet uns eine ganze Reihe ebenso neuer wie unzweifelhaft richtiger Gesichtspunkte.

Gegen den Vorwurf, dass auf diese Weise die alten, mit Recht verabschiedeten Begriffe der Monomanieen durch eine Hinterthür wieder zurückgeführt würden, schützt uns die symptomatische Feststellung des ganzen Zustandes, der auch nach Ablauf der vorübergehenden Zufälle ein scharf umgrenzter und klinisch nachweisbarer bleibt. Der Dipsomane ist auch nach überstandenem Anfalle ein Entarteter, ein Kranker, der die unverwischbaren Zeichen der Entartung, die Stigmata degenerationis, an sich trägt und sich hierin von dem gewöhnlichen Trinker deutlich unterscheidet.

Etwas weiter, schon auf dem Wege zum eigentlichen Irresein liegt die sogenannte Moral insanity, die sich insofern von den bisher erwähnten Zufällen unterscheidet, als dem moralisch Entarteten die Krankheitseinsicht fehlt, und kein Zwangstrieb vorhanden ist, gegen den er anzukämpfen hätte.

Er gibt sich ohne Einsicht und ohne Zwang seinen schlechten Neigungen hin, weil seinen Trieben keine Hemmungen entgegenstehen und er trinkt und stiehlt aus Lust, wo der Dipsomane und der Kleptomane nur widerwillig dem unwiderstehlichen Drange nachgeben.

Wie an diesen verschiedenen Zuständen, so muss man auch an dem klinischen Bilde der eigentlichen Psychosen die Entartung erkennen und nachweisen können. Dasselbe unstäte, unlogische und bizarre hier wie dort, schroffe Uebergänge, unreine Wahnformen und ein unregelmässiger Verlauf deuten darauf hin, dass sie auf dem Boden der Entartung stehen.

Wenn wir dieses alles berücksichtigen, so gestaltet sich die Diagnose gegen früher wesentlich leichter, da uns durch *Magnan* das Verständniss für eine ganze Reihe von Krankheitsbildern eröffnet wurde, von denen man bisher nicht wohl wusste, was man mit ihnen machen sollte.

Darin liegt *Magnan*'s Verdienst, und darin das von *Möbius*, dass er die zerstreuten Aufsätze *Magnan*'s gesammelt und sich uns für den nicht ganz leichten Gegenstand zum Dolmetscher angeboten hat.

Digitized by Google

***Savage*, Influenza und Neurose. — Journal of mental science. Juli.**

Nervöse und psychische Störungen nach Influenza scheinen nur da aufzutreten, wo das Nervensystem schon vorher krank oder zur Erkrankung disponirt war. War das Individuum früher schon einmal geisteskrank, so pflegt der durch die Influenza ausgelöste Anfall von Psychose dem früheren genau zu gleichen. Eine Psychose kann durch die Seuche direct oder indirect — durch Erschöpfung, Circulationsstörungen u. s. w. — hervorgerufen werden.

Die Schwere des Influenzaanfalls steht nicht in gradem Verhältniss zu derjenigen der nervösen Nachkrankheiten.

In seltenen Fällen geht das — schon an sich seltene — Fieberdelirium unmittelbar in acute Manie mit Delirium über. Diese Manie erwies sich einige Male als das erste Symptom einer progressiven Paralyse, wie überhaupt öfter nach Influenza eine rapide fortschreitende Paralyse eintrat, die vorher noch nicht in die Erscheinung getreten war. Die häufigste psychische Nachkrankheit der Influenza bildet die Melancholie. Ein sehr grosser Theil der Selbstmorde des Jahres 1891 muss ihr zur Last gelegt werden. Es kann aber auch jede andere Form der Geistesstörung auftreten.

***Mills*, Die nervösen und psychischen Symptome und die Folgezustände der Influenza. — The Pacific Record of Med. and Surg. Mai.**

Der Aufsatz enthält, ohne wesentlich Neues zu bringen, eine Aufzählung der nervösen Symptome, die bei oder nach Influenza beobachtet worden sind. Die Psychosen werden nur kurz berührt; von ihnen kamen am häufigsten Depressionszustände, oft in der Form der Melancholia agitata vor. Welche Ausdehnung die Seuche in Nordamerika erreicht hatte, und welche Bedeutung gerade ihrer Einwirkung auf das Nervensystem beigelegt wird, zeigt der folgende Passus: „Die epidemische Influenza hat das Gemeinwesen moralisch geschädigt. Mangel an Unternehmungsgeist und eine gesteigerte Empfindlichkeit in Bezug auf die eigene Gesundheit, auf geschäftliche und persönliche Dinge sind aussergewöhnlich verbreitet. Die Hysterischen sind noch hysterischer, die Neurasthenischen noch neurasthenischer geworden. Menschen, die sonst Thatkraft und Muth zeigten, sind zu ängstlichen Hypochondern geworden. Kurz, es haben sich gewisse neuropathische und psychopathische Züge der Allgemeinheit aufgeprägt. Wir müssen sogar die Möglichkeit eines Einflusses der Influenza auf die Zunahme des Selbstmordes und anderer schwerer Verbrechen in Betrachtung ziehen".

Digitized by Google

***Canger*, Sul delirio da Influenza. Nota clinica. — Il Manicomio VIII, 1.**

Aus vier während der Influenza-Epidemie zu Neapel 1890 genau beobachteten Fällen geht dem Verf. hervor, dass die dabei vorgekommenen sogenannten Fieberdelirien nicht immer, wie *Kraepelin*, gegenüber *Aldam* und v. *Krafft-Ebing*, annimmt, auf erblicher oder sonstiger Prädisposition, sondern auf der Intoxication der Hirnrinde durch die chemischen Producte des Influenza-Bacillus beruhen. — Bemerkenswerth ist an den 4 Fällen die Aehnlichkeit der Delirien mit denen von Alkoholvergiftung: Visionen, Schreckhaftigkeit, Gedankenflucht und der rasche Verlauf innerhalb 2—3 Tagen, der an Delir. acut. erinnert. *Fränkel.*

***Hospital*, Beobachtungen über Katalepsie. — Annales médico-psychol. Mai-Juni.**

Eine grössere Abhandlung, die das Wesen, Vorkommen und die Diagnose der Katalepsie behandelt mit zwei ausführlichen Krankheitsgeschichten von catalepsie endormie und catalepsie éveillée, die aber nichts wesentlich Neues mittheilt.

***Marandon de Montyel*, Ein Fall von „folie sans délire". — Ann. médico-psychol. Mai-Juni.**

Eine ausführliche mit von der Kranken selbst herrührenden Briefen versehene Krankheitsgeschichte einer Gouvernante, die an der sogen. folie sans délire leidet.

***Targowla*, Ein Fall von intermittirender symmetrischer Asphyxie der Extremitäten bei einem Melancholischen. — Annal. méd.-psychol. Mai-Juni.**

Die Anfälle von dieser seltenen vasomotorischen Störung, auf die *Raynaud* zuerst hingewiesen, traten bei dem Kranken 2—3 mal und häufiger im Laufe des Tages auf unter dem Einfluss von Kälte, nach dem Anfassen von Eisen, oft auch ohne jeglichen Anlass, und dauerten wenige Minuten bis zu einer halben Stunde: die 2 Endphalangen der vier lateralen Finger beider Hände wurden blau, dann ganz weiss, vollkommen anästhetisch und kehrten nachher wieder in ihren normalen Zustand zurück. Schliesslich hebt der Verf. noch die Möglichkeit hervor, dass beide Affectionen, an denen der Kranke litt, die Melancholie und die symmetrische Asphyxie, Aeusserungen ein und derselben Störung des vasomotorischen Systems in verschiedenen Organen sein könnten.

Digitized by Google

Christian, J., Die Grössenideen beim Verfolgungswahn. — Archives de neurolog. Jan.

Verf. spricht in dieser Fortsetzung seiner Arbeit über die Benutzung der Art der Wahnideen zur Eintheilung der „Verfolgten" in verschiedene Klassen und unterscheidet dementsprechend schliesslich noch unter Beifügung zahlreicher Krankengeschichten folgende 3 Gruppen: 1) solche, bei denen Grössenideen abwechseln mit Beeinträchtigungsideen, 2) solche, die an Ueberschätzungsideen leiden, welche aber nicht mehr weiter verarbeitet werden und schliesslich 3) diejenigen, bei denen sich gar keine Grössenideen finden; zu den Letzteren stellen nach *C.*'s Ansicht diejenigen ein grosses Contingent, in deren Krankheit die Genitalien eine grosse Rolle gespielt haben oder spielen.

Nonne, M., Casuistische Beiträge zum Capitel der Nervenunfallserkrankungen. — Deutsche medic. Wochenschr., No. 27—29.

Nach einer historischen Einleitung und kurzen Besprechung der jüngsten Discussionen über traumatische Neurose weist *N.* an der Hand von 14 sehr genau untersuchten und längere Zeit hindurch beobachteten Fällen nach, dass man meist auf die von *Oppenheim* eingeführte Bezeichnung „traumatische Neurose" verzichten und ohne den Thatsachen irgend welchen Zwang anzuthun, reden kann von einer Commotio spinalis, traumatischen Hysterie, traumatischen Neurasthenia cerebro-spinalis, von einer organischen Hirn- oder Rückenmarksläsion nach Trauma etc. Aus den epikritischen Betrachtungen ist nur noch hervorzuheben, dass er nach seinen Beobachtungen den Sensibilitäts-Störungen nicht den Werth beilegen kann wie *Oppenheim*: bei sehr schweren Formen können sie völlig fehlen; ähnlich urtheilt er über die Einengung des Gesichtsfeldes, die in 5 Fällen fehlte; Simulation fand er nie, nur zweimal Aggravation; in nur 1 Falle lag sichere neuropathische Belastung vor.

Coester-Wiesbaden, Auch eine traumatische Neurose. — Berl. klin. Wochenschr., No. 31.

Der Kranke zog sich durch Quetschung eines Nagelgliedes einen subcutanen Bluterguss zu, der später vereiterte; bei dem Falle, der die Ursache des genannten Trauma war, hatte er sich stark erschreckt. Sehr bald darnach beobachtete er Thermanästhesie der verletzten rechten Hand, die immer weiter um sich griff; bei der ärztlichen Untersuchung fand sich eine complete Anästhesie der rechten oberen Körperhälfte, keine Störung auf motorischem Gebiete irgend welcher Art, keine Aenderung in dem psychischen Befinden. Simulation ist mit Sicherheit auszuschliessen. Heilung in 6 Wochen durch Anwendung des faradischen Pinsel bei starkem Strom.

Digitized by Google

***Hübscher, C.*, Motorische Asthenopie bei traumatischer Neurose. — Deutsche med. Wochenschr., No. 17.**

Verf. prüfte bei einem typischen Falle von traumatischer Neurose die Convergenzkraft der Augen im Dienste des binocularen Sehacts und fand dieselbe erheblich vermindert; die Messung vollzog er mit *Landolt's* Ophthalmodynamometer, dessen Anwendung darauf beruht, dass eine leuchtende Spalte den Augen des Patienten in der Mittellinie derselben so weit genähert wird, bis die Spalte doppelt gesehen wird. Da sich bei der Untersuchung der Blickfelder eine ganz normale Function der Augenmuskeln herausstellte, so kann keine Schwäche der M. interni vorliegen, man muss vielmehr eine centrale Form der Störung annehmen, wie man sie auch bei Hysterie, Neurasthenie und Tabes (besonders als Frühsymptom) beobachtet. Verf. beobachtete dieses Symptom noch bei 4 weiteren Fällen von traumatischer Neurose und betrachtet sie als eine häufige, vielleicht regelmässige und dementsprechend diagnostisch zu verwerthende Begleiterin der genannten Krankheit.

***Wilbrand, Hermann*, Ueber die Veränderungen des Gesichtsfeldes bei den traumatischen Neurosen. — Deutsche med. Wochenschrift, No. 17.**

Wilbrand betrachtet das Krankheitsbild der traumatischen Neurosen vom Standpunkte des Ophthalmologen und unterscheidet demgemäss 4 Gruppen:

1. Es werden keine Klagen über das Sehvermögen geführt. 2. Es finden sich asthenopische Beschwerden ohne palpable Läsion; diese Fälle bilden die Mehrzahl. 3. Neben diesen Beschwerden sind noch Ausfallserscheinungen vorhanden, bedingt durch organische Läsion des centralen oder peripherischen Nervensystems oder der knöchernen Hüllen. 4. Hereditär belastete jugendliche Individuen werden durch ein höchst geringfügiges Trauma in einen den traumatischen Neurosen ähnlichen nervösen Zustand versetzt.

Durch Untersuchungen an einem grösseren Krankenmaterial stellten *Wilbrand* und *Sänger* fest, dass die erwähnten asthenopischen Beschwerden wie die functionellen Störungen des Nervensystems überhaupt in der mannichfaltigsten Combination sich nicht nur bei den traumatischen Neurosen, sondern auch bei allen Neurosen vorfinden; im ersteren Falle ist nur der nervöse Zustand ausgelöst worden durch das Trauma oder den psychischen Shock. Dass die Angaben der einzelnen Autoren über die Häufigkeit des Vorhandenseins von concentrischer Gesichtsfeldeinengung bei traumatischen Neurosen so verschieden lauten, führt er zurück auf Zufälligkeit in dem klinischen Bilde, auf das Unterlassen der diesbezüglichen Untersuchung und auf die Verschiedenheit der Grösse der angewandten Untersuchungsobjecte. Er hebt dann einzelne klinische, dem untersuchenden Arzte wissenswerthe

Digitized by Google

Eigenthümlichkeiten der Gesichtsfeld-Einschränkung bei diesen Krankheiten hervor und bespricht dann die Frage der Simulation; eine Einschränkung geringen Grades kann nur schwer, fast kaum simulirt werden; eine solche höheren Grades wird schon eher vorgetäuscht — liegt dies doch auch dem Simulanten näher!

Eine Entlarvung ist aber auch hier (cf. Original) leicht möglich, und wird eine häufiger vorgenommene unparteiische Untersuchung fast immer zu einem beiden Theilen gerecht werdenden Urtheil führen.

Vibert, Ueber traumatische Neurose. — Annales d'hygiène publ. August.

2 Fälle von traumatischer Neurose bei Kindern von $3^1/_2$ bezw. 5 Jahren.

Im ersteren Fall hatte das erblich nicht belastete Kind sich bei dem bekannten Eisenbahnunglück von St. Mandé eine leichte Contusion der Stirn zugezogen, die schnell heilte. Das Kind erschreckte sich bei dem Unfall sehr, heulte ohne Unterlass, musste die nächsten Tage wegen Schwäche, Kopfschmerz, Erbrechen, Schlaflosigkeit das Bett hüten; diese Symptome liessen allmälig etwas nach, das Erbrechen hörte ganz auf, und nun zeigte sich eine vollständige Aenderung des Charakters des Kindes; starker Stimmungswechsel, meist traurig; mitten im Spielen Anfälle (ohne Zuckungen oder Bewusstseinsverlust), wo es düster vor sich hinsieht, die Stirne runzelt, nicht spricht oder laut schreit unter dem Einfluss erschreckender Hallucinationen des Gesichts; vorher reinlich pisst es jetzt oft ins Bett; sehr unregelmässiger Appetit; kein Zucker im Urin; ab und zu Aussetzen des Pulses; Aufnahme des Gesichtsfeldes, Prüfung der Sensibilität etc. naturgemäss ohne Belang, wenn überhaupt ausführbar.

Der andere übrigens ähnliche Fall betrifft einen Jungen, der verschiedene Contusionen erlitten bei dem Einsturz eines Gerüstes; der Patient erkrankte zuerst unter den Erscheinungen von Meningitis (Bewusstseinsverlust, Delirien, stetes Erbrechen), erholte sich, zeigte dann Aenderung des Charakters, war fast immer traurig, sehr furchtsam und leicht erschreckbar, wachte Nachts 3—4 mal auf in Folge von Alpdrücken, ab und zu beängstigende Gesichtstäuschungen. Verf. stellt den beiden kleinen Kranken eine keineswegs günstige Prognose; die sich an obigen Vortrag anschliessende Discussion ist ohne besonderes Interesse.

Donath, Jul., Weitere Beiträge zu den traumatischen Neurosen. — Wiener med. Wochenschr., No. 6 u. 7.

D., über dessen frühere Publicationen über obiges Thema in dieser Zeitschrift berichtet wurde (s. period. Literatur. 2. Halbjahr 1890) bringt in diesem Aufsatze zwei bemerkenswerthe Beobachtungen von schwerer traumatischer Neurose oder vielmehr traumatischer Hysterie. — Bei dem ersten 45jährigen Kranken, der aus dem fünften Stockwerk heruntergestürzt war und 24 Stunden bewusstlos war, mehrere Weichtheilverletzungen,

Digitized by Google

Schwerbeweglichkeit des rechten Armes und Unvermögen den Kopf nach vorn zu beugen, zeigte, ergab sich späterhin eine Parese des rechten Armes, ausgedehnte Anästhesie der rechten Körperhälfte und sensorische Störungen, vorwiegend auf derselben Seite neben anderen körperlichen und psychischen Anomalien.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine schwere Erschütterung des Nervensystems bei einem 38jährigen Manne in Folge eines Eisenbahn-Zusammenstosses, bei welcher es unmittelbar darnach zu Bewusstlosigkeitszuständen und in dem weitern Verlauf zu andauernden schweren Störungen des Centralnervensystems kam, nämlich starker Herabsetzung sämmtlicher Sinnesfunctionen auf ein Minimum, starker Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit der Extremitäten, besonders der unteren, sowie Störungen in der intellectuellen, Gemüths- und vegetativen Sphäre. Dazu gesellten sich häufige Blutungen aus den Respirations-, Verdauungs- und Harnwegen, die als schwere vasomotorische Störungen angesehen werden mussten, wie der ganze Symptomencomplex nur als vorwiegend neurotischer Natur aufzufassen war.

Holz, Kehlkopfbefund bei einer traumatischen Neurose. — Berlin. klin. Wochenschr., No. 33.

Zwei Fälle aus der berliner kgl. laryngologischen Poliklinik, bei denen ausser anderen objectiven Symptomen Motilitätsstörungen am Kehlkopf vorhanden waren, die jeden Verdacht auf Simulation ausschliessen. Es ist dies die erste Veröffentlichung über Kehlkopfbefund bei traumatischer Neurose. Zur Beurtheilung mancher Fälle würde die nachweisbare Lähmung der Kehlkopfmusculatur von grosser Wichtigkeit sein.

Schmidt-Rimpler, Zur Simulation concentrischer Gesichtsfeldeinengungen mit Berücksichtigung der traumatischen Neurosen. — Berl. klin. Wochenschr., No. 24.

Verf. ist entgegen *Oppenheim* der Ansicht, dass concentrische Gesichtsfeldeinengung sehr leicht simulirt werden könne und räth bei simulationsverdächtigen Individuen, um sich gegen Täuschungen zu schützen, nicht nach der gewöhnlichen Schablone perimetrische Messungen vorzunehmen, sondern campimetrisch in verschiedenen Entfernungen, und auch noch den Prismenversuch, der näher beschrieben wird, anzuwenden. Ein Fall, in dem diese Methode sich sehr gut bewährte, wird mitgetheilt. Verf. kann auch nicht den von *König* gefundenen „Verschiebungstypus" als objectives Symptom der traumatischen Neurosen anerkennen.

Placzek, Der *Förster*'sche Verschiebungstypus, ein „objectives" Symptom der traumat. Neurose. — Berl. klin. Wochenschr., No. 35.

P. will zunächst gegenüber den Gegnern der Lehre von der traumatischen Neurose an einer Reihe von Fällen nochmals feststellen, dass das

Digitized by Google

häufige Vorkommen einer concentrischen Gesichtsfeldeinengung bei der allgemeinen traumatischen Neurose unbestreithar sei, wenn auch dieses Symptom nicht constant vorhanden ist. Er konnte sodann auch die Ergebnisse der *König*'schen Untersuchungen bestätigen, durch welche in der regelmässigen Wiederkehr des sogen. *Förster*'schen Verschiebungstypus bei den von jener Krankheit Befallenen ein neues objectives Symptom gefunden wurde.

Pershing, Die traumatischen Neurosen in ihrer forensischen Bedeutung (Entschädigungsklagen). — The Alien. and Neurolog. Januar.

Eine kurze Darlegung der Symptome der „traumatischen Neurosen" mit Hervorhebung derjenigen, die der objectiven Untersuchung zugänglich sind. *P.* betont die Wichtigkeit der psychischen Veränderungen, die nie fehlen. Dem deutschen Leser bietet die Arbeit nichts Neues dar.

Nolau, M. J., Ist die Katatonie eine besondere Form der Geistesstörung?

Nolau, M. J., Fünf Fälle von sogenannter Katatonie. — Journ. of ment. science. October.

N. bejaht die im Titel der ersten Abhandlung gestellte Frage. Er bezeichnet mit *Spitzka* als Katatonie eine Form von geistiger Störung „charakterisirt durch einen pathetisch-emotionellen Zustand und Verbigeration, verbunden mit einem eigenthümlichen Zustande der Spannung im Muskelsystem. Dieser Definition fügt *N.* als weiteres wesentliches Attribut hinzu, dass die Krankheit einen quasi cyklischen Verlauf nehme. Zunächst tritt ein depressives Stadium auf, in welchem der Zustand des Bewusstseins ein benommener, gleichsam schlaftrunkener ist, und zahlreiche Hallucinationen, besonders des Gesichts, einander rasch abwechseln.

Wahnideen religiöser und sexueller Art leiten über zu dem emotionellen Stadium, in welchem diese Wahnvorstellungen zu einem pathetischen, oft gewaltsamen Ausdruck gelangen und das Symptom der Verbigeration auftritt. Den Schluss eines Cyklus bildet das stuporöse Stadium. Auf einen interessanten Versuch des Verfassers, die Verbigeration zu erklären, sowie auf manche andere beachtenswerthen Ausführungen, die der Aufsatz enthält, kann hier nicht näher eingegangen werden. Die zweite Abhandlung bringt 5 Krankengeschichten, die im wesentlichen dem oben entworfenen Krankheitsbilde entsprechen.

Goodall, Edwin, Bemerkungen über Katatonie. — Ibid. April.

G. will von Neuem die Aufmerksamkeit auf die *Kahlbaum*'sche Katatonie lenken; 1874 bereits ins Leben getreten, sei ihre Existenzberechtigung noch immer nicht überall anerkannt. In England haben sich *Séglas* und

Digitized by Google

Chaslin 1888 (im Brain Vol. XII) ihrer angenommen. *G.* bezweifelt, was die Franzosen ebenfalls thun, — ob die Katatonie in allen Ländern gleich häufig vorkommt, in England z. B. so häufig als auf dem Continent. Die Hysterie kommt bekanntlich dort auch viel weniger häufig zur Beobachtung. Eine weitere Frage ist, ob die Verbigeration unter allen Umständen in allen Fällen von Katatonie vorkommen muss. *G.* bezweifelt es, hat auch niemals Verbigeration dabei beobachtet, auch nicht in solchen Fällen, die unbedingt der *Kahlbaum*'schen Katatonie zuzurechnen sind. Hierin stimmen die Franzosen ebenfalls mit *Goodall* überein. *G.* bemängelt dann *Kahlbaum*'s Statistik. Er spräche von vielen Autopsien, sage aber nicht, wie viele er gemacht, nur die Resultate von sieben bringe er vor. *G.* geht dann ausführlicher referirend auf die pathologischen Veränderungen bei Katatonie und Paralyse ein. Während dann *Kahlbaum* die Prognose als nicht schlecht hinstellt, will *G.* mehr betont haben, dass ein sehr grosser Procentsatz von den an Katatonie Erkrankten an Tuberculose der Lungen zu Grunde gehe. *G.* bittet zum Schluss, endlich zu entscheiden, gibt es eine Katatonie oder nicht. Im letzteren Falle solle man die Bezeichnung fallen lassen.

Klinische Bemerkungen und Fälle. — Journal of ment. science. January u. April.

Nash, Vincent, Ein Fall von Herzruptur bei einem Melancholischen.

Es handelt sich dabei um eine 64jährige Dame, die schon mehrere Attaquen von Melancholie überstanden und schliesslich von Neuem im Mai 1888 an Melancholie erkrankte, mehrere Selbstmordversuche machte etc. und schliesslich im März 1890 die Anstalt aufsuchen musste. Sie äusserte zahlreiche Selbstvorwürfe, Lebensüberdruss etc. Im Oktober desselben Jahres erkrankte sie an Pneumonie des linken unteren Lappens und zeigte am 7. Tage plötzlich alle Zeichen des Collapses. Starke Cyanosen, kleinen, kaum fühlbaren Puls, Schweisse, Beengtheit, hochgradige Dyspnoe, Schmerzen in der Herzgegend. Schon bei der Aufnahme bestand ein Fehler der Mitralis. Pat. konnte nicht mehr liegen, sass beständig. 48 Stunden nach Eintritt des Collapses erfolgte der Tod plötzlich, als Pat. sich rasch im Bett umdrehen wollte. Die Obduction ergab ausser rother Hepatisation der linken unteren Lunge und den Mitralfehler eine starke fettige Degeneration des Herzens und eine Ruptur des linken Ventrikels etwas oberhalb des Apex. Der Herzbeutel war angefüllt mit Blutcoagula. Das lange Ueberleben der Herzruptur ist jedenfalls sehr überraschend. —

Newth, Fälle von Geistesstörung aus der allgemeinen ärztlichen Praxis.

N. bringt 16 Fälle, die zum Theil sehr interessant sind. Meistens handelt es sich um erblich Belastete, bei denen die Störung in einzelnen

Digitized by Google

Fällen sehr rasch vorüberging. *N.* will zeigen, dass man nicht sofort jeden Geisteskranken in die Anstalt schicken soll. Wo die häuslichen Verhältnisse es gestatten, soll man den Kranken zu Hause behalten, wenigstens so lange als er für sich und die Umgebung nicht gefährlich ist. Dann will er wieder mehr Rücksicht genommen wissen auf das allgemeine körperliche Befinden der Kranken, namentlich auf die Verdauungsverhältnisse. Er führt Fälle an, wo ungeheure Massen Cybala entfernt werden mussten, und nach ihrem Abgange sofort Besserung eintrat. In einem anderen Falle erfolgte die Heilung nach Abtreibung eines 16 m langen Wurmes! Auch will *N.* wieder mehr Gewicht gelegt haben auf vorbestehenden Sexualleiden. Repositionen des prolabirten Uterus, in einem anderen Fall die Heilung eines Geschwürs am Cervix uteri gibt *N.* an als Grund für die Heilung einer bestehenden Psychose. Nebenbei benutzt er übrigens unseren Arzneischatz in ausgiebigster Weise.

Hughes, Die epidemische entzündliche Neurose oder die neurotische Form der Influenza. — The Alienist and Neurol. April.

H. hat zu seinem Vortrage die Literatur reichlich zusammengetragen, auch die deutsche nicht vergessen. Er legt bei der Influenza den Nachdruck auf die Betheiligung des centralen und peripheren Nervensystems, wie es schon der alte *Theophilus Thompson* gethan. Er bringt dann sehr kurz 22 Fälle seiner eigenen Beobachtung, wo Nervensystem und Psyche immer betheiligt waren. Er kommt dann zu dem Resultat, dass die Influenza in ihrem Beginn und in ihren Folgen eine toxische Neurose ist, welche die Tendenz hat, das centrale und periphere Nervensystem zu schädigen. Auch bringt die Influenza alte, längst geschwundene, namentlich constitutionelle, nervöse und andere Leiden wieder zum Ausbruch, z. B. Syphilis. Die Folgen der Influenza gleichen, was die Heilbarkeit anbetrifft, den postdiphtheritischen nervösen Krankheiten. Die nervösen Störungen in Folge von Influenza, die centralen und die peripheren, auch die schweren, tendiren zur Heilung. —

Gilmore, Amelia, Das Irresein des Wochenbettes. — The Journ. of nerv. and ment. Des. Juni.

Im Philadelphia-Hospital waren unter 1470 Aufnahmen 34 Puerperalpsychosen, also 1 : 43. Von diesen war es in 25 Fällen der erste Anfall, in 6 der zweite, in 2 der vierte und in 1 der fünfte.

Es wurden geheilt 20, gebessert 2, gestorben sind 2. Die 10 übrigen blieben noch in Behandlung und hatten in der Mehrzahl noch eine gute Prognose. Die Dauer der Krankheit schwankte zwischen 2 Monaten und 4 Jahren. Von den Geheilten waren zwei Drittel unter 30 Jahre alt, von den Ungeheilten waren die meisten über 30 Jahre alt. $^1/_4$ der geheilten Fälle waren Primiparae. Auffallend wenig ausserehelich geschwängerte, nur

Digitized by Google

31 In zwei Drittel der Fälle bestand Manie, im übrigen Drittel waren meist Melancholien, doch auch Paranoia. Entgegen *Sankey* und Andern findet *G.* bei den Puerperalpsychosen nichts Charakteristisches. Merkwürdiger Weise hat er auch mit einer Ausnahme bei allen Kranken das erotische Benehmen vermisst. In 2 Fällen bestand Pyromanie. In 9 pCt. der Fälle Mord- und Selbstmordneigung. Die Prognose ist im Allgemeinen günstig. *G.* hatte 66 pCt. Heilungen, andere sogar 80 pCt. — *G.* lässt sich des Weiteren über den Begriff der Puerperalpsychose aus, schildert kurz den Zustand der Frauen am Ende der Gravidität, im Puerperium etc., und bezeichnet diesen Zustand als sehr günstig für das Entstehen einer Geistesstörung, namentlich wenn erbliche Belastung besteht. Er macht auf die Wichtigkeit der Hygiene auch schon im Endzustande der Gravidität aufmerksam und ermahnt namentlich noch die Gynäkologen, genau auf den Beginn einer Psychose zu achten. Die frühzeitige Diagnose erspare vielen Frauen die Ueberführung in eine Irrenanstalt. —

Krauss, William C., Beweise für Erblichkeit. — The Journ. of nerv. and ment. disease. Juli.

K. berichtet kurz über eine Familie mit 5 Kindern, die alle von Geburt an mikrocephal waren, vor der Dentition an Convulsionen starben oder zu dieser Zeit hydrocephal wurden und an Meningitis, wahrscheinlich tuberculöser Art, zu Grunde gingen. Der Vater dieser Kinder litt, wie seine Ascendenten, an Tuberculose. Die Mutter der Kinder war mikrocephal und degenerirt! *K.* gab den Eltern den Rath, von jetzt ab, wenn nicht ein tugendhaftes, so doch ein steriles Eheleben zu führen!

Camuset, Einfluss der Cholera auf den psychischen Zustand Geisteskranker. — Annales médico-psychologiques. Nov.-Dec.

Am auffallendsten ist der Einfluss der Cholera auf acute und chronische maniakalische Zustände. In 22 Fällen verschwanden mit dem Ausbruch der Cholera regelmässig sämmtliche Symptome der Manie und die nicht systematisirten Wahnideen, die Individuen zeigten sich in intellectueller Beziehung — falls nicht gleichzeitig Dementia bestand — normal; doch ebenso regelmässig kehrten bei allen Patienten, die nicht der Cholera erlagen, mit der fortschreitenden körperlichen Genesung gleichen Schritt haltend, die früheren maniakalischen Zustände wieder zurück. — Die Melancholie wurde nur dann vorübergehend günstig durch die Choleraerkrankung beeinflusst, wenn die Wahnideen mehr unbestimmt und nicht systematisirt waren. Bei 10 Fällen von Verfolgungswahn konnte kein Einfluss der Cholera beobachtet werden; ebenso nicht bei einem Falle von Paralyse und einigen von Epilepsie; wenig änderte sich auch der psychische Zustand bei Dementia senilis. Bei einem Falle von chronischem Alcoholismus dagegen mit unklaren Verfolgungs- und Grössenideen hörten die Delirien auf und Pat. war sich recht wohl der Schwere seiner Erkrankung bewusst.

Digitized by Google

***Arnaud*, Ueber Verneinungswahn. — Annales médico-psychologiques. Novembre-Décembre.**

A. vertheidigt die von *Cotard* aufgestellte und von *Camuset* auf dem Congress französischer Irrenärzte in Blois vom 1.—6. August 1892 besprochene Ansicht, den Verneinungswahn als ein eigenes Krankheitsbild darzustellen. Derselbe charakterisire sich durch die Vorstellungen, verdammt und besessen zu sein, gar nicht zu leben, einzelne Organe nicht zu besitzen, keine Seele zu haben, niemals sterben zu können etc. und unterscheide sich von den ähnlichen Zuständen, wie sie bei Melancholie, Paralyse, Verfolgungswahn zu beobachten sind, durch seinen logischen Zusammenhang, sein System und seine lange Dauer.

A. berichtet alsdann ausführlich einen solchen Fall von Verneinungswahn und kommt zu dem Schlusse, dass sich derselbe gar nicht so selten finde, häufiger bei Frauen, selten vor dem 55.—60. Jahre auftrete, fast nur bei Belasteten und meist nach vorhergegangener kürzer oder länger dauernder ängstlicher Melancholie.

***Ballet*, Der Verfolgungswahn mit systematischer Entwickelung. — Le progrès médical, No. 47.**

Eine Vorlesung über die Paranoia completa, die alles über dieses Thema bekannte in präciser Form zusammenfasst und bei voller Anerkennung der *Magnan*'schen Lehre doch zu dem Schlusse gelangt, dass die Grenzen zwischen der Paranoia completa und der Paranoia der Degenerirten nicht so scharf gezogen werden dürfen, dass es eine ganze Reihe von Fällen gibt, die den Uebergang bilden von der einen klinischen Form zur andern.

***Huchard*, Die locale Neurasthenie. — Archives générales de médecine. Dec.**

Als locale Neurasthenie (auch als Topoalgie von *Blocq* in mehreren früheren Aufsätzen bezeichnet) wird analog der localen Hysterie eine Form der Erkrankung beschrieben, bei welcher kürzere oder längere Zeit hindurch als einziges hervortretendes Symptom eine schmerzhafte Empfindung einer Körperregion besteht. Die Schmerzen unterscheiden sich von neuralgischen dadurch, dass sie nicht dem Verlauf der Nerven folgen, auf Druck nicht stärker werden. Sie werden weder von Hyperästhesien der betreffenden Hautbezirke begleitet, noch sind dabei sonstige hysterische Stigmata vorhanden. Die Kranken unterscheiden sich von Hypochondern durch ihr geistiges Verhalten.

Die unter Umständen sehr hartnäckigen Schmerzen können sehr verschieden localisirt sein und darum z. B. irgend welches Organleiden vortäuschen, namentlich des Magens und des Herzens. Mit Beziehung hierauf werden sodann 2 Beobachtungen mitgetheilt von cardialer Neurasthenie,

Digitized by Google

von denen die zweite hier erwähnt werden soll: Ein 35jähr. Ingenieur bekommt plötzlich Nachts eine Arythmie des Herzens, welche seitdem immer in mässigem Grade bestehen blieb, ab und zu in stärkeren mit Präcordialangst einhergehenden Paroxysmen sich verschlimmerte. Später traten nach einem Fall auf den Kopf bei dem Kranken allgemeine neurasthenische Symptome auf. — Obwohl Verf. für die Abgrenzung von hysterischen und hypochondrischen Zuständen genauere Anhaltspunkte gibt, so dürfte eine solche doch nicht immer möglich sein.

Peyer, Alexander, **Die Angina pectoris nervosa s. spuria (Pseydoangina, Angina hysterica) beim Manne. (Ein Beitrag zu der Lehre von der sexuellen Neurasthenie.) — Wiener medicin. Presse, No. 25, 27.**

Es werden 11 Fälle mitgetheilt, bei denen neben anderen neurasthenischen Erscheinungen eine Angina pectoris nervosa das hervorragendste Symptom bildete. Als Hauptursache derselben waren meist Anomalien im Genitalsystem (chronische Gonorrhoe, häufige Pollutionen und Spermatorrhoe etc.) anzusehen. Hereditäre nervöse Belastung war nur in wenigen Fällen nachweisbar. Die Kranken standen meist im Alter von 20 bis 30 Jahren. Es werden die hauptsächlichsten Punkte, welche die Differentialdiagnose zwischen Angina pectoris vera und spuria betreffen, hervorgehoben.

Kaan, H., **Der neurasthenische Angstaffect bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang. — Jahrbücher f. Psych. Bd. XI, Heft 3.**

Verf. geht von der jetzt geläufigen Annahme aus, dass die sogenannten Zwangsvorstellungen und Phobien ausnahmslos im Anschluss an entweder hereditär defecte oder durch erworbene Neurasthenie geschwächte Organisation des Gehirns sich entwickele. Die Herabsetzung der Leistungsfähigkeit und Widerstandskraft führt bei der Neurasthenie die charakteristischen Krankheitserscheinungen herbei, welche die somatische Grundlage des Affektes der Furcht bilden. Das Angstgefühl ist ein constanter Begleiter der Neurasthenie und dasselbe vermittelt auch die Entstehung der meisten Zwangsvorstellungen. Von diesem Gesichtspunkte aus schildert *K.* die genannten Psychopathien und bespricht sodann die verschiedenen Theorien vom Mechanismus der Zwangsvorstellungen, die chemische Theorie *Arndt*'s und *Kowalewsky*'s, die *Sadowski*'schen Experimente, die „localisirte Hyperexcitabilität" *Apollonio*'s und schliesst mit der *Meynert*'schen Erklärung, welcher eine Schwäche des Associationsorgans durch corticale Anämie und Reizung subcorticaler Centren durch compensatorische Hyperämie annimmt und darnach unterscheidet: Phobien („Reizung der sensoriellen Centren"), Zwangsimpulse („Reizung der motorischen Centren")

Digitized by Google

und Störungen des formalen Denkens, als „primordialer Grübelzwang" zusammenzufassen.

Joseph, L., Zur Aetiologie der Neurasthenie. — Wiener medicin. Presse, No. 23 u. 24.

Nach einer längeren Einleitung über das Wesen und die Entstehung der Neurasthenie werden 2 Fälle besprochen, in denen bei Frauen im Alter von 29 und 48 Jahren nach starker Metrorrhagie und Menorrhagie ganz acut die Erscheinungen der Neurasthenie sich entwickelten; in beiden Fällen spielte auch das psychische Moment der steten Angst und Besorgniss vor einer neuen Blutung eine Rolle. Verf. möchte besonders auf diese acute Neurasthenie nach Blutverlusten und psychischer Alteration aufmerksam machen.

Gugl, Hugo, Die Grenzformen schwerer cerebraler Neurasthenie. Neuropathologische Studien von *Gugl* und *Stichl*. — Ferdinand Enke. Stuttgart. 1892.

Verf. berichtet an der Hand von 9 sorgfältig ausgewählten Krankengeschichten über die der Melancholie verwandten Grenzformen der Neurasthenie. Sie sind zugleich mit den durch Zwangsvorstellungen charakterisirten Grenzformen der Neurasthenie die häufigsten überhaupt. Diese Formen gehören nicht zu den eigentlichen Psychosen und zwar deshalb nicht, weil die schmerzliche Stimmung völlig motivirt ist. Sie ist bedingt durch das Gefühl der herabgesetzten geistigen Leistungsfähigkeit und der daraus resultirenden Schädigung des Selbstvertrauens. Es bedürfen aber diese Kranken der allergrössten Fürsorge, da bei Verkennung des Zustandes und nicht sachgemässer Behandlung sich leicht eine wirkliche Psychose entwickeln kann. Die geeignete Behandlung finden diese Kranken nur in offenen Kuranstalten: sie mangeln nicht der Krankheitseinsicht, suchen freiwillig die Anstalt auf, sie fallen ihrer Umgebung nicht als psychisch Kranke auf und bedürfen keiner besonders strengen Aufsicht. Die Frage der Beziehung der Neurasthenie zum Prodromalstadium der Dementia paralytica berührt Verf. nur kurz und tritt vor allem der Auffassung entgegen, dass die pathologischen Vorgänge bei beiden Krankheiten dieselben und nur graduell verschieden seien. *Serger.*

Raymond und ***Arnaud,*** Ueber gewisse Fälle von Aboulie mit Fragesucht und Bewegungsstörung (Zweifelsucht mit Berührungsfurcht). — Ann. méd.-psych. Juli, Aug.

Die Verf. theilen 3 dahin bezügliche Fälle mit, von denen namentlich der erste manches Beachtenswerthe enthält.

Es handelt sich um einen etwa 30jähr. Mann, der erblich beanlagt, schon früh von Zwangsvorstellungen heimgesucht wird, an Fragesucht leidet

Digitized by Google

und in seinem ganzen Thun und Lassen durch seine krankhaften Vorstellungen gehemmt und behindert wird. Jeden neuen Gedanken muss er sich wieder und wieder wiederholen, zu seiner Toilette gebraucht er unendliche Zeit, da er sich unzählige Male davon überzeugen muss, ob auch alles in Ordnung ist, ob die Knöpfe noch vorhanden sind, aber auch ob seine Zähne vollzählig sind, ob das gleiche von seinen Hoden gilt, und so zählt er sie und immer wieder, bis er vor Angst in Schweiss gebadet ist, wie geistesabwesend um sich blickt und ohne Antheil an seiner Umgebung zu nehmen, elend und abgespannt in sich zusammensinkt.

Besonders schlimm ist ihm alles Neue, der Wechsel der Kleidung ist eine Qual, und zwingt man ihn dazu, dann bleibt er stundenlang wie vor den Kopf geschlagen auf einer Stelle stehen.

Dieser Mensch macht einen Selbstmordversuch und geht danach der Besserung entgegen.

Die beiden anderen Fälle sind ähnlich.

Die Verfasser sehen in diesen Zuständen eine Myomanie, Störung der psychomotorischen Thätigkeit.

Der allen diesen Kranken gemeinsame Grundzustand ist eine Störung des psychischen Gleichgewichtes, eine gesteigerte Erregbarkeit und eine Beeinträchtigung im Ablaufe des psychomotorischen Geschehens, wozu sich als drittes die Neurasthenie gesellt. Neben diesen Grundzuständen, die sich verschiedenartig gruppiren und übereinander schieben können, ohne jedoch ihre Selbständigkeit aufzugeben, machen sich je nach der Eigenart des Falles verschiedene anderweitige Symptome bemerkbar, die vorhanden sein oder auch fehlen können. Sie bestimmen alsdann den besonderen Charakter der Störung, die Art der Zwangsidee und der Zwangshandlung, und sie geben dem einzelnen Falle seine individuelle Färbung. Die Intelligenz verbleibt verhältnissmässig unberührt, nur der Wille ist gründlich in Mitleidenschaft gezogen, und zwar sowohl als positives Wollen als auch als Hemmung, daher das schrankenlose Hereinbrechen der Zwangsvorstellungen.

Sie sind Idioten des Willens geworden.

Die Prognose ist recht zweifelhaft.

Die Behandlung erfordert die genaueste Kenntniss dieser noch nicht ganz klar gelegten Zustände, sehr viel Geduld und eine gleich grosse Menge an Takt.

Magnan, Héréditaires dégénérés. — Arch. de Neurol. Mai.

Magnan gibt in diesem Vortrage eine Uebersicht seiner bekannten und jüngst noch von *Möbius* mitgetheilten Ansichten über die erbliche Entartung. Wer diese Veröffentlichungen gelesen hat, wird hier nichts Neues mehr finden, wenn er das Bekannte auch gerne nochmals in der klaren und fasslichen Weise *Magnan*'s geniesst. Beigegeben ist dem Aufsatze die Photographie eines Degenerirten, der bei dem Anblicke der zarten und weissen Haut eines Mädchens von der unwiderstehlichen Lust ergriffen

Digitized by Google

wurde, ein Stück herauszubeissen und zu verzehren. Er konnte sich vor dieser Zwangsvorstellung, die übrigens von sexuellen Erregungen begleitet war, nur dadurch retten, dass er sich tiefe Verletzungen beibrachte, denen eine Samenergiessung folgte.

Galippe (Paris), Ueber dentale Psychosen (de l'obsession dentaire). — Journ. f. Zahnheilkunde. Berlin. 22.

Galippe theilt mehrere Fälle mit, wo die Kranken die wunderbarsten Erscheinungen und Empfindungen im Munde und an den Zähnen hatten, ohne dass die genauste Untersuchung die geringsten Anhaltspunkte für eine örtliche Erkrankung ergab. In weiterer Entwicklung des Leidens kam es gradezu zu psychischen Erkrankungen, die den Charakter des Zwangsmässigen, der „Obsession" trugen, sich bei örtlicher Behandlung verschlimmerten und zuweilen, jedoch nicht immer, einer auf das Nervenleiden gerichteten Behandlung wichen. *Charcot* bezeichnete diese eigenthümliche Geisteskrankheit als „obsession dentaire" und es scheint allerdings, dass bei den neuropathischen Patienten die Affection der Zähne nur den gelegentlichen Anlass zum Ausbruch schwerer nervöser Erscheinungen abgegeben habe. In einem dieser Fälle waren der Dame schliesslich alle Zähne ausgezogen und viele Dutzende von Gebissen angefertigt worden, da es *Galippe* nicht gelang, sie von der wirklichen Natur ihres Leidens zu überzeugen und vor gefährlichen Eingriffen zu schützen.

Charcot und ***Magnan***, Ueber die Onomatomanie. — Arch. de Neurol. Juli-November.

In einem früheren Artikel (1885) hatten die Verfasser von dem Heisshunger gesprochen, den man nach einem Worte haben kann und der erst alsdann gestillt wird, wenn man des unter Angst und Unbehagen gesuchten Wortes habhaft geworden ist.

Hier verhält sich die Sache anders, das Wort ist da, und es drängt sich der Art in den Vordergrund, dass es eine plötzliche und unwiderstehliche Entladung des motorischen Sprachcentrums veranlasst.

Dieses Centrum ist derart überreizt, dass es sich der Oberherrschaft des Verstandes entzieht, und das Wort trotz aller entgegenstehender Bemühungen ausgesprochen wird.

Mit der Coprolalie verbinden sich allerhand Tics, als gleichmarkige Zeichen der erblichen Entartung. Ob es nun ein Wort oder ganze Sätze sind, die ausgesprochen werden, das bleibt sich gleich, nach der Entäusserung folgen Ruhe und Erleichterung, und überall besteht Einsicht in das krankhafte der Erscheinung. Zahlreiche Beispiele erläutern diese Ausführungen, einzelne gehören übrigens schon dem Gebiete der Psychosen an. Bei allen steht die Coprolalie nicht vereinzelt da, sie ist nur ein Symptom in der ganzen Menge von anderen Zwangsvorstellungen und Verkehrtheiten.

Digitized by Google

Andere Kranke verbinden mit bestimmten Worten absonderliche Begriffe meist des Todes oder Unheiles, und jede Erwähnung eines solchen Wortes, jede Anspielung in Wort und Bild und endlich schon die blosse Erwartung ist mit der Empfindung von Angst und unerträglicher Noth verbunden. Sie suchen ihm auf jede Weise zu entgehen und oft besteht ihr einziges Sinnen und Trachten darin, sich dem Worte und seinen Folgen zu entziehen, es durch Schutzworte oder besondere symbolische Handlungen unwirksam zu machen und sie befinden sich ganz und gar im Banne dieses Wortes. Etwas Aehnliches finden wir bei sonst nicht grade geisteskranken Menschen bei der Zahl 13; die Verff. führen andere Fälle an, wo z. B. eine Dame ihre gesammten Kleider verschenkte, weil sie durch das Wort befleckt und gefahrbringend geworden waren, und sie es nicht über sich bringen konnte, sie ferner zu tragen.

Manche Kranke finden Schutz vor dem schädlichen Worte in einem anderen Worte, das sie unaufhörlich wiederholen und zuweilen mit Bewegungen begleiten, die sie bis zur Erschöpfung ausführen. Derartige Worte entbehren manchmal jedes Sinnes, oder sie besagen das Gegentheil des gefürchteten Wortes. Bei voller Einsicht in die Thorheit seines Benehmens muss der Kranke seinem Drange folgen.

Sehr eigner Art sind die Fälle, wo ein Wort, eine Gehörsempfindung oder dergl. bestimmte körperliche Empfindungen auslöst, als ob ein wirklicher Gegenstand in den Mund gedrungen und durch die Speiseröhre in den Magen gelangt sei. Zur moralischen Angst kommt hier noch die physische Noth, da der Gegenstand den Magen schwer belastet und durch Würgen und Husten entfernt werden muss.

Diese Zwangsvorstellungen sind von entschiedenem gerichtlichem Interesse. Wer die Noth und Angst gesehen hat, die ein einziges Wort auslösen kann, wird auch den Gemüthszustand der Kleptomanen verstehen und sie zu beurtheilen wissen.

An Heilung ist nur zu denken, wenn man diese Kranken der gewohnten Umgebung entzieht und sie einem erfahrenen Arzte übergibt. Zielbewusste und geduldige Behandlung, Geduld und Tact können Manches gutmachen, zu Hause ist alles umsonst.

Eine Unterstützung findet diese psychische Behandlung im Bromkali und in der Anwendung kalter Douchen.

Hoevel, Ueber posttyphöse Dementia acuta, combinirt mit Polyneuritis. — Jahrb. f. Psych., Bd. XI Heft 3.

Ein neuer Beitrag zur *Korsakoff*'schen „Psychosis polyneuritica toxaemica". — Nach einem Typhus entwickelte sich bei einem 30jährigen Manne mit erblicher Belastung, bei dem Potus auszuschliessen war, eine geistige Störung, wie sie *Korsakoff* zuerst eingehend schilderte und seitdem auch von Anderen beobachtet und beschrieben wurde, sich kennzeichnend durch hochgradigen Gedächtnisschwund, Vergesslichkeit und Erinnerungsfälschun-

Digitized by Google

gen. Obwohl Patient auf den ersten Anblick hin keinerlei besondere Störungen des peripheren Nervensystems aufwies, so ergab doch die genaue Untersuchung sichere Zeichen einer Polyneuritis. Nach einigen Monaten besserte sich der Zustand derart, dass zunächst Eindrücke wieder haften blieben, dann das Gedächtniss für die früheren Zeiten und allmälig auch für die jüngere Vergangenheit zurückkehrte. Gewisse Defecte machten sich noch kurz vor der Entlassung bemerkbar, auch waren damals die neuritischen Symptome noch nicht ganz geschwunden.

Heryng, **Plötzlicher Tod bei latenter Leptomeningitis tuberculosa. — Internationale klin. Rundschau, No. 14.**

Ein 10jähriger Knabe, bei welchem wegen einer Nasenaffection eine Cauterisation der unteren Muschel vorgenommen worden war und bei welchem sonst keinerlei Krankheitssymptome beobachtet wurden, starb plötzlich 4 Tage nach der ohne Reaction verlaufenden Operation. Die Obduction ergab eine Miliartuberculose, besonders des Gehirns mit 2 kleinen tuberculösen Tumoren an der Gehirnbasis. Es musste angenommen werden, dass zur latenten Piatuberculose plötzlich entzündliche Circulationsstörungen hinzukamen. Ob diese in Zusammenhang zu bringen sind mit der vorausgegangenen Nasenoperation, muss dahingestellt bleiben. Es sind in letzter Zeit allerdings nach galvanocaustischer Aetzung der mittleren Muschel einige lethal endigende Fälle publicirt worden.

Meyer, Carl, **Sechzehn Fälle von Halbtraumzustand. — Jahrb. f. Psych., Bd. XI Heft 3.**

Eine Zusammenstellung der in den letzten 3 Jahren an der psych. Klinik des allgem. Wiener Krankenhauses beobachteten Fälle von „Halbtraumzustand", einer Form der transitorischen Amentia *(Meynert)*. Ausgeschlossen sind dabei die Zustände von transitorischer Amentia bei Alkoholisten und prä- oder postepileptische Amentia; einbezogen jedoch einzelne Fälle, die auch als „stuporartige Dämmerzustände" *(v. Krafft-Ebing)* bezeichnet werden könnten. — Es handelte sich fast immer um Kranke im jugendlichen oder frühen Mannesalter und zwar waren es 15 männliche und 1 weibliche Kranke. Die meisten wiesen eine neuropathische Veranlagung oder erworbene Neurasthenie auf; bei den andern war eine besondere, durch äussere Schädlichkeiten zu Stande gekommene Erschöpfung vorangegangen. Immer war der Zustand gekennzeichnet als transitorische Psychose durch plötzliches Einsetzen, kurze Dauer von Stunden bis Tagen, rasche Rückkehr zur Norm und mehr oder weniger vollständige Amnesie für die Zeit der Erkrankung. Die Kranken bewegen sich, wie *Meynert* sagt, zwar in voller Bewusstlosigkeit der äusseren Umstände, zeigen aber innerhalb einer rein wahnhaften Lage, ein geordnetes Benehmen. — Die einen waren in einem Grössenwahn befangen, der jedoch, ohne einer

Digitized by Google

heiteren Verstimmung zu entspringen, eher mit einer gewissen Hemmung in dem Wesen des Kranken verbunden war; bei andern wurden innerhalb dieser transitorischen Verwirrtheit Angstzustände beobachtet, die zu lebhafter Abwehr gegen die Umgebung und zu Selbstmordversuchen trieben.

Werner, R. (Leubus), **Zur klinischen Kenntniss des Eifersuchtswahnes der Männer. — Jahrb. f. Psych., Bd. XI Heft 3.**

Verf. theilt zwei Fälle mit, in denen der Eifersuchtswahn ohne nachweisbare alkoholische Degeneration bestand, und will damit *v. Krafft-Ebing* widerlegen, der in einem neueren Aufsatze (Jahrb. f. Psych. Bd. X, Heft 2) zu dem Schlusse gekommen war, dass der Eifersuchtswahn bei der gewöhnlichen Paranoia nicht vorkomme, sondern stets ein Product des Alcoholismus sei.

Flesch, **Psychose im ersten, vorübergehende Melliturie im zweiten Wochenbett. — Berliner klin. Wochenschrift, No. 43.**

Bei einer Frau aus neuropathisch belasteter Familie tritt im ersten Wochenbett, vielleicht unter dem Einfluss psychischer Erregung eine schwere Psychose auf, die mit grosser Unruhe, Reizbarkeit und einem eklamptischen Anfalle sich einleitete. Es erfolgte nach einer Reihe von Monaten Genesung. Im zweiten Wochenbett, das durch die Erfahrung im ersten besonders sorgsam geleitet wurde, wiederholte sich die Neurose in Form leichter Schlaflosigkeit und acuter schnell verschwindender diabetischer Erscheinungen. — *F.* meint, dass sich hier bei einem Individuum gewissermaassen vicariirend verschiedene Neurosen entwickelten, wie in neuropathisch belasteten Familien sich die Neurosen bei verschiedenen Gliedern in den verschiedensten Gestalten zeigen. — Es wird noch betont, dass bei drohender Psychose im Puerperium die frühzeitige Bekämpfung der Schlaflosigkeit von Wichtigkeit ist.

Krafft-Ebing, R. v., **Bemerkungen über „geschlechtliche Hörigkeit" und Masochismus. — Jahrbücher f. Psych., Bd. X Heft 2—3.**

Angeregt durch gerichtsärztliche Studien bespricht Verf. in vorliegender Abhandlung eingehend das Wesen der sogenannten „geschlechtlichen Hörigkeit" und deren Unterschied von dem Masochismus. Beiden gemeinsam ist eine ganz ungewöhnliche, höchst auffallende Unterordnung eines Individuum unter ein zweites Individuum des anderen Geschlechts. Eine Steigerung kann dieselbe schon erfahren, wenn Verliebtheit und Charakterschwäche auf der einen, Egoismus auf der andern Seite vorhanden sind; so kommen Handlungen zu Stande, die allen Sitten und Gebräuchen Hohn sprechen. Der Mann verschwendet etwa sein ganzes Vermögen an seine Braut statt sich damit zu begnügen, ihr ein seinen Verhältnissen entsprechendes Geschenk zu machen; oder das Weib unterhält, statt ihre

Digitized by Google

Thätigkeit auf die Führung des Haushalts zu beschränken, den faulenzenden Mann durch ihrer Hände Arbeit! Diese Handlungen des unterworfenen Theils haben für denselben keinen selbständigen Zweck; sie sind ihm nur eine Handhabe, den Besitz des andern herrschenden Theiles zu erlangen oder zu bewahren; es ist das nichts perverses, aber eine Steigerung des normalen Verhalten nach der quantitativen Seite. Dies nennt *v. K.-E.* „geschlechtliche Hörigkeit".

Der Masochismus aber ist etwas Perverses; der Unterworfene duldet hier die Tyrannei, weil sie als solche schon einen Reiz auf ihn ausübt. Die Acte, in denen sich der Masochismus, diese pathologische Unterwürfigkeit, documentirt, sind „für den unterworfenen Theil nicht Mittel zum Zweck wie bei der Hörigkeit, sondern selbst Endzweck". Der geschlechtlich Hörige neigt leicht zum Masochismus! es tritt an Stelle der lustbetonten Vorstellung des geliebten Individuum, um dessen Willen er eine Tyrannei erduldet hat, die Lustbetonung der Tyrannei selbst. So entsteht aber nur ein leichter Masochismus: der echte vollkommene Masochismus ist angeboren! Verf. plädirt schliesslich dafür, dass „geschlechtliche Hörigkeit" bei etwa begangenen Delicten als Milderungsgrund der Strafe aufzufassen sei, verhehlt sich jedoch nicht, dass Richter und Geschworene der Hörigkeit kaum die ihr gebührende Beachtung schenken werden.

Krafft-Ebing, R. v., Ueber Eifersuchtswahn beim Mann. — Jahrbücher für Psych., Bd. X Heft 2—3.

Verf. betont zunächst die schon lange bekannte Thatsache, dass Eifersuchtswahn sehr oft beim chronischen Alcoholismus vorkommt; es ist ein primordialer, äusserst fixer Wahn, der nicht von vorneherein als Wahn eines geistig erkrankten Individuum imponirt und der eine genaue Anamnese oft selbst dem Fachmann erwünscht erscheinen lässt. Der Entstehungsmodus ist nicht immer leicht zu erklären. Alkoholmissbrauch wirkt in der ersten Zeit anregend auf den Geschlechtstrieb, späterhin hemmt er ihn, um ihn schliesslich vollständig erlöschen zu lassen, es liegt also eine Impotenz (relative oder absolute) vor; oder das Weib empfindet Abscheu beim Coitus mit dem trunksüchtigen Mann oder der Alkoholist sucht den Grund des Nichtbefriedigtsein mit sich und seiner Umgebung in der Untreue des Weibes; gelegentlich können den Kranken noch Illusionen oder Hallucinationen in seinem combinatorischen Wahne unterstützen.

Dieser Eifersuchtswahn kann ein isolirter, gewissermaassen monomanischer Wahn sein in dem Krankheitsbild des chronischen Alcoholismus, wie durch mitgetheilte Beobachtungen illustrirt wird. In andern Fällen, für die sich ebenfalls Krankheitsgeschichten als Belege vorfinden, vergesellschaftet er sich mit Verfolgungsideen, die nur vager Natur sind, nur gelegentlich, episodisch auftreten und nicht systematisirt werden (der Zuhälter oder die ungetreue Frau will den Kranken bestehlen, vergiften); oder es findet sich neben dem Eifersuchtswahn ein systematischer dauernder

Digitized by Google

Verfolgungswahn oder schliesslich es liegt noch ein chronisch-alkoholischer Wahnsinn vor.

v. K.-E. beobachtete unter einer grossen Zahl von Kranken nur 4 Fälle, bei denen ein Eifersuchtswahn ohne Alcoholismus bestand; in allen 4 Fällen lag aber eine schwere organische Erkrankung des Gehirns (2 mal Apoplexie, 1 mal Trauma capitis, 1 mal senile Hirnatrophie) vor.

Rosse, Dreifache Persönlichkeit. — The journal of nerv. and ment. dis. März.

Ein paranoischer Kranker glaubt von einem Geiste, den er „der junge Mann" nennt, beeinflusst, der seinerseits wieder unter dem Einflusse Lucifers steht. Die beiden machen sich immerfort die Herrschaft über den Kranken streitig. Er spricht manchmal von sich in der dritten Person und identificirt sich dann mit dem „jungen Mann". —

In der Einleitung des Aufsatzes sind Bemerkungen aus dem Gebiet der Psychologie, Physiologie und der Mystik zu einem höchst wunderlichen Ganzen vereinigt.

Channing, Die Entwicklung der Paranoia. Mittheilung einer Krankengeschichte. — The journ. of nerv. and ment. disease. März.

Der Aufsatz enthält die Krankengeschichte einer 35jährigen Dame, welche psychisch und somatisch unverkennbare Stigmata der Entartung darbot. Sie litt seit Jahren an Zwangsvorstellungen, die zeitweise so stark wurden, dass sie einen an Folie du doute erinnernden Zustand zur Folge hatten. Ausserdem aber bestanden ächte Wahnvorstellungen. Die Kranke glaubte sich von verschiedenen Personen beeinflusst und beeinträchtigt. Einen inhaltlichen Zusammenhang mit den Zwangsvorstellungen hatten die Wahnvorstellungen nicht. Immerhin ist das gleichzeitige Vorkommen beider im Anfangsstadium der Paranoia eine interessante Beobachtung.

Siemerling, E., Ein Fall schwerer Neuropsychose, ausgezeichnet durch congenitale Anomalien des Centralnervensystems. — Charité-Ann. XVII. *Schmidt*'s Jahrbücher.

45jähriger Mann. Keine erbliche Belastung. Im Beginne des Jahres 1882 Erkrankung an Gürtelgefühl, leichter Schwäche und Parästhesien der Beine. Plötzlich Paraplegie mit Harnverhaltung. Besserung. Im März Paraparese mit etwas Anästhesie an Unterschenkeln, Bauch, Fingerkuppen. Rechts Fehlen des Kniephänomens. Leichte Spannung der Beinmuskeln. *Westphal*'s paradoxe Contraction. Harnverhaltung. Kopfnervengebiet frei. Allmähliche Verschlechterung. Störung des Muskelgefühls der Arme. Vasomotorische Symptome. Im April 1883 Ausbruch einer Psychose (Paranoia). Im November leichte Beugecontractur der Beine. Unregelmässige, an den Gliedern sich gabelig theilende, beiderseits die Innenseite einnehmende

Digitized by Google

Hemianästhesie, Einschränkung des Gesichtsfeldes, Herabsetzung von Gehör, Geruch, Geschmack. 1885 zunehmender Verfall. Unterhautblutungen. 1886 beiderseits Fehlen des Kniephänomens, starke Beugecontractur. Im Januar 1887 Tod. — Erheblicher Hydrocephalus internus, Meningitis chron. der Convexität, Ependymitis chron. im 3. und 4. Ventrikel.

Mikroskopisch: congenitale Anomalie am Opticus. Im Uebrigen negativer Befund, bis auf leichte Veränderungen einzelner peripherischer Nerven (Inanition). — Trotz der hysterischen Symptome musste man während des Lebens des Kranken an eine organische Erkrankung denken, die neben der Paranoia bestünde. Erst die Section zeigte, dass wohl das ganze Krankheitsbild als Psychose aufzufassen war.

Sanger Brown (Chicago), Ueber hereditäre Ataxie, mit einer Serie von 21 Fällen. — Brain, 1892.

Bemerkungen hierzu von ***Ormerod*** (London) und ***Bernhardt*** (Berlin). — Ibidem.

Brown's 21 Fälle entstammen einer aus 58 Köpfen bestehenden Familie in 4 Generationen. Aus diesem Material entnimmt Verf. der Hauptsache nach folgende diagnostische Kriterien: Hereditäre Ataxie sei eine Krankheit, die sich durch verschiedene — mindestens vier — Generationen verfolgen lasse und dahin tendire, in früherem Lebensalter aufzutreten und schneller zu verlaufen. Am häufigsten befalle sie das Alter zwischen sechzehn und fünfunddreissig, könne jedoch selbst im 11. Lebensjahre und später als fünfundvierzig auftreten. Sie scheine sich häufiger durch die weiblichen als die männlichen Familienglieder zu vererben, ohne ein Geschlecht vorzugsweise zu befallen. Ursachen lassen sich selten auffinden, Schwangerschaft, Lactation und Aehnliches beschleunigen den Verlauf. Stets finde sich beträchtliche Incoordination der willkürlichen Muskeln, gewöhnlich zuerst in der Muskulatur des Beines bemerkbar, die nach Monaten und Jahren auf Arme, Gesicht, Augen, Kopf und Sprachorgane übergreife. Zuweilen trete sie in den oberen Extremitäten, selbst in den Sprachorganen zuerst auf. Die Ataxie sei oft extrem, Augenschluss verstärke sie nicht deutlich. Muskelschwäche der Beine ohne Atrophie sei häufig ein vorgeschrittenes Symptom, gelegentlich finden sie anhaltende spastische Contractionen der Beine. Bei voll entwickelten Fällen begleiteten choreiforme Bewegungen alle intendirten Bewegungen, die im Schlafe cessiren. Der Puls kann Erhöhung bis auf 112 Schläge zeigen. Nystagmus sei nicht vorhanden, leichte Ptosis gewöhnlich, vorübergehende Diplopie in Folge von Schwäche des Rect. ext. selten und in frühen Stadien der Krankheit. Ein constantes und frühzeitiges Symptom sei Atrophie des Nerv. opt., begleitet von Trägheit der Pupillenreaction, bei completer Atrophie komme interne und externe Ophthalmoplegie vor. Die Articulation sei immer gestört, in einzelnen Fällen mit Schluckbehinderung verbunden.

Digitized by Google

Die Sphincteren seien stets mehr oder minder in Mitleidenschaft gezogen, wo spontane Schmerzen in den Beinen beständen. Abgesehen hiervon sei die Sensibilität nicht verändert. Das Kniephänomen sei immer gesteigert, weniger die cutanen Reflexe. Paralytischer Klumpfuss oder ähnliche Deformitäten kämen nicht zur Beobachtung.

Da kein Fall zur Section kam, kann Verf. nur vermuthen, dass es sich hinsichtlich des anatomischen Substrates um einen ausgedehnten degenerativen Prozess in der Rinde handle, zu dem die Disposition ererbt sei.

Die Behandlung erwies sich völlig machtlos.

Ormerod und *Bernhardt* weisen auf die Abweichungen in dem vorliegenden Krankheitsbilde von dem *Friedreich*'schen Symptomencomplex hin, namentlich auf das Bestehen von Ptosis, Sehnervenatrophie, gesteigerten Reflexen und das Fehlen von Nystagmus und Klumpfuss in den *Broca*'schen Fällen. *Ormerod* ist geneigt, sie als ein von der *Friedreich*'schen Krankheit gesondertes Krankheitsbild aufzufassen. *Bernhardt* hält sie mehr für eine Erweiterung desselben. *Matusch.*

***Mande, A.*, Fall von Ophthalmoplegie mit *Basedow*'scher Krankheit. — Brain, 1892.**

Die linksseitige Ophthalmoplegie war nahezu complet und entwickelte sich in wenigen Tagen, um nach etwa 7 Tagen wieder zu verschwinden. *Basedow*'sche Krankheit bestand seit mehreren Jahren, kurz vor dem Auftreten der Lähmung hatte die 46jährige Kranke leichten linksseitigen Mittelohrkatarrh und zwei Anfälle von Brechdurchfall überstanden.

Matusch.

***Trevelyan, E. F.* (Leeds), Cerebrospinal-Meningitis. — Brain, 1892.**

Verf. benutzt das Material von 13 Fällen von Cerebrospinalmeningitis zur Bestätigung einiger seltener aber werthvoller Beobachtungen, so die Complicationen der Krankheit mit acuter Pneumonie (2 Fälle), maligner Endocarditis (1 Fall), mit beiden zugleich (1 Fall) ein Vorkommniss, das für die Entstehung durch eine und dieselbe Bakterienart spreche. In je einem Falle schloss sich C. an Tonsillitis, Influenza und Mittelohrkatarrh an, sowie in einem anderen Falle an Entfernung der sarcomatösen rechten Tonsille. *Matusch.*

***Baumgarten*, Die Neurosen und Reflexneurosen des Nasenrachenraumes. — *Volkmann*'s Sammlung klin. Vorträge. Neue Folge, No. 44.**

Die *Hack*'sche Hypothese, dass nur die Nervi erigentes des Schwellgewebes der unteren und der mittleren Muschel die Auslöser der verschiedenen Reflexe sind, ist durch eine Reihe von Forschern endgiltig widerlegt. Die grössere Mehrzahl der über diesen Gegenstand erschienenen

Digitized by Google

neueren Untersuchungen geht von der Voraussetzung aus, dass von allen Theilen der Nasenschleimhaut Reflexe ausgelöst werden können.

Böcker in Berlin hat auf den Umstand aufmerksam gemacht, dass bei einer Reflexneurose der Nase etwas gerieben werden muss, z. B. Muschel oder Polyp am Septum. Die erste Grundbedingung ist aber immer eine nervöse Disposition. Was die Reflexneurosen des Nasenrachenraumes betrifft, war *Woakes* 1887 der Erste, der hierüber einen Vortrag hielt, dann kam *Tornwald*, *Walb*, *Schäffer* u. a. mehr.

Baumgarten bespricht zunächst die Erkrankungen des Nasenrachenraumes, die bei der Bildung von Reflexneurosen in Betracht kommen. Dies sind fast ausschliesslich Erkrankungen des Rachendaches, speciell die Hypertrophie der Rachentonsille, die lymphatische Form, unter dem Namen adenoide Vegetationen bei Kindern häufig beobachtet, und die mehr bindegewebige Form, die bei Erwachsenen häufiger beobachtet wird. Bei der letzteren kommt die sogenannte Bursitis pharyngea recte Recessus pharyngeus medius und Cysten der Rachentonsille in Betracht. Was die Neurosen des Nasenrachenraumes betrifft, so sind dieselben sehr verschiedenartiger Natur, das Gefühl des Schmerzes, der Schwellung, des Druckes, des Knödels, Brennen, Trockenheit, Fremdkörpergefühl etc. Zu den Reflexneurosen des Nasenrachenraumes zählt *B.* Zuckungen der Nasenflügel, die nach Operation der adenoiden Vegetationen heilen. Ebenso beschreibt *B.* 4 Fälle von Pharyngospasmus, die nach Aetzung von Rachentonsillen heilten. Manchmal tritt als Reflexneurose Laryngospasmus auf (5 Fälle), Alpdrücken (5 Fälle). Bei Kindern sind adenoide Vegetationen häufig die Ursache von Asthma nervosum und bringt *B.* 15 Krankengeschichten von an Asthma leidenden Personen verschiedenen Alters, deren Leiden nach Operation der adenoiden Vegetationen vollständig sistirte. Weiter berichtet *B.* über 2 Fälle von Occipitalneuralgien, die durch Behandlung der Hypertrophie der Tonsilla tertia geheilt wurden. Bei Kindern ist Aprosexia, Verlust der Fähigkeit zu denken ein häufig beobachteter Reflex von adenoiden Vegetationen.

B. theilt die Reflexe in subjective und objective ein. Die subjectiven sind die Anästhesien, Hyperästhesien und Parästhesien. Die subjectiven Reflexe betreffen die Schleimdrüsen, Gefässe, Nerven, Muskeln. Die die Schleimdrüsen betreffenden sind die sogenannten secretorischen Reflexe, Rhinitiden, Thränenfluss, Salivation. Die Gefässreflexe sind entweder vaso-dilatatorisch: Röthe und Schwellung der Nase, des Gesichts, Hyperämien des Rachens, Kehlkopfes, Gehirns oder vaso-constrictorische: wie Migräne, Schwindel.

Bei den Muskelreflexen sind wieder spastische, als Niesen, Husten, Spasmen, Asthma und paralytische Reflexe, Paresen einzelner Kehlkopfmuskeln, der Epiglottis, Blase etc. zu unterscheiden.

Was die Behandlung der Reflexneurosen betrifft, so räth *B.* nur dann, wenn im Nasenrachenraume eine sichtbare locale Veränderung constatirbar

Digitized by Google

ist, einen operativen Eingriff zu machen und nebstdem die Allgemeinbehandlung der Anämie, Neurasthenie etc. nicht zu vernachlässigen.

Limbeck, R. v., Zur Lehre von den Lähmungen durch Blitzschlag. — Prager med. Wochenschrift, 1891, No. 13. Deutsche med. Wochenschrift 47.

Der Blitzschlag kann einerseits auf die Nerven- und Muskelapparate direct einwirken, andererseits grobe mechanische Läsionen der Gewebe (Blutungen) veranlassen, welche die Nervenelemente zerstören. Es erscheint demnach zweckmässig, die ersten oder directen Blitzlähmungen scharf von den indirecten zu trennen. Bei jenen können zwei Stadien unterschieden werden. Im ersten handelt es sich um die directe Beeinflussung der Nerven- und Muskelapparate durch den Blitz, im zweiten liegt das Bild einer traumatischen Neurose vor. Die klinische Beobachtung hat nun ergeben, dass die sensible Lähmung im ersten Stadium der echten Blitzlähmung viel früher schwindet als die motorische. Um diese Erscheinung zu deuten, hat Verfasser Frösche und Kaninchen den Entladungsschlägen einer Influenzmaschine ausgesetzt. Es gelang so, centrale und peripherische Lähmungen zu erzeugen. Dieselben unterscheiden sich dadurch, dass bei letzteren stets eine meist sehr bedeutende Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit nachweisbar war. Ausserdem schien es, als ob bei den centralen Lähmungen die gleichzeitig entstandenen Sensibilitätsstörungen mit den Symptomen der motorischen Schwäche entstanden, was bei den peripherischen Lähmungen nicht der Fall war. Ferner lehrten die Versuche, dass bei peripherischer Application des Entladungsschlages der Muskel das vorwiegend in seiner Function gestörte Organ ist. Hierdurch erklärt sich die relativ frühzeitige Wiederkehr der Sensibilität bei noch bestehender motorischer Lähmung.

Pelman, Zwangsvorstellungen und ihre Behandlung.

Ohne gerade zu den Psychosen zu gehören, können sie doch durch das sie begleitende Angstgefühl und mehr noch durch die sich aus ihnen entwickelnden Zwangshandlungen das Leben der Patienten zu einem unerträglichen und social unmöglichen machen. Zu ihrem Verständnisse ist es nöthig, auf das psychophysische Entstehen der Vorstellungen etwas näher einzugehen und die Entwickelung der Sinnesempfindung auf ihrem Wege von dem äusseren Sinnesorgane bis zum Vorderhirn zu verfolgen, wie sie in den subcorticalen Centren zur Perception, in den corticalen zur bewussten Empfindung (Apperception) und endlich im Vorderhirne zum Begriff und Urtheil wird.

Setzt das Vorderhirn aus, so gelangen die corticalen Centren zu einer gewissen Selbständigkeit, und wir haben die Hallucination, die als bewusste Sinnesempfindungen wohl als etwas dem eigenen Ich Fremdes, aber

Digitized by Google

durch den Mangel an Kritik nicht als etwas Krankhaftes empfunden werden. Setzen die corticalen Centren aus, so erheben sich die unbewussten Vorstellungen der infracorticalen über die Schwelle des Bewusstseins; das intakte Vorderhirn erkennt sie zwar richtig als krankhaft an, kann sich aber ihrem Zwange nicht erwehren, es unterliegt unter dem Gefühle der Angst, die stets die Eingriffe in das normale Geistesleben begleitet.

Das Charakteristische aller dieser Zustände ist demnach:

1. Dass sie im Gegensatze zu den Hallucinationen als etwas Krankhaftes empfunden werden.

2. Dass sie unwiderstehlich, zwangsmässig sind.

3. Von einem Gefühle der Angst begleitet werden und endlich

4. zu Handlungen drängen, die das Gefühl der Befriedigung hinterlassen.

Man hat es nun versucht, die ausserordentlich verschiedenen Endäusserungen dieser Zwangsvorstellungen in einzelne Classen zu zerlegen und hat eine Unmasse meist recht schwieriger Namen für sie zurechtgestellt. Einen grossen Werth hat diese griechische Nomenklatur nicht und meist läuft es bei allen diesen Zuständen auf dasselbe hinaus, eine angeborene oder erworbene Entartung, eine psychopathische Minderwerthigkeit, die den Grundzustand aller dieser verschiedenen Krankheitsbilder bildet.

Diese erbliche Entartung muss man demnach nachweisen und wir sind dies jetzt auch weit besser im Stande, als dies bisher der Fall war, Dank den Forschungen von *Magnan* und anderen Psychiatern.

Die psychopathische Disposition ist nicht mehr ein leerer Begriff, ein gewisses unfassbares Etwas, sondern eine klinisch nachweisbare Thatsache, die ihre ganz bestimmten Symptome und ihren Verlauf hat. Sie äussert sich vor Allem in einer Instabilität des Charakters, einer Ungleichartigkeit der Entwickelung und in jenem Vorwiegen des Trieblebens, als deren vorzugsweise Aeusserung die vorhin erwähnten Zwangsvorstellungen zu gelten haben.

Auch die vielverschriene Moral insanity und *Lombroso*'s angeborene Verbrecher gehören hierher und eine ganze Reihe bisher schwer unterzubringender Zustände, wie u. A. die Hypochondrie, die Dipsomanie u. A. m. finden hiedurch ihre ungezwungene Erklärung.

Nach kurzer Berührung der wenig ergiebigen pathologischen Anatomie und nach Hinweis auf die gerichtliche Wichtigkeit, kommt Verf. zuletzt auf die Therapie zu reden.

Hauptsächlich verlangen diese Zustände Geduld und Takt. Ohne beides im ausgiebigsten Maasse zu besitzen, wird man sie nie mit Erfolg behandeln können. Bei den eigentlichen Medikamenten werden wir uns klar zu machen haben, was wir wollen, Herabsetzen der Energie innerhalb der subcorticalen Centren bei möglichster Schonung des Vorderhirns. Daher wird Bromkali, das in erster Linie die Thätigkeit der Hirnrinde herabsetzt, hier nicht am Platze sein und thatsächlich klagen diese Art Kranker

Digitized by Google

bei Anwendung von Bromkali über Zunahme ihrer Angst-Vorstellungen. Opium dagegen und die Alcoholica, die mehr auf das ganze Gehirn wirken und die Rindenthätigkeit verhältnissig unberührt lassen, zeigten sich von hervorragender Bedeutung und eine systematische Opiumkur wird eine wenigstens momentane Erleichterung nie versagen.

Aus ähnlichen Gründen hat die Hypnose wenig Erfolg. Ihre Wirksamkeit setzt Bewusstsein voraus und erfolgt auf dem Wege der Vorstellung. Unsere Zwangsvorstellungen aber sind unbewusst und dem Willen unerreichbar, daher für hypnotische Behandlung ungeeignet. Ein neueres Mittel, das sich recht gut bewährt, ist Sulfonal und mehr noch das verbesserte Sulfonal, das Trional Beyer, das in Gaben von 0,5—1,0 recht gute Erfolge zu verzeichnen hat und daher zu einem Versuche empfohlen werden kann.

Friedmann, M., Ueber Nervosität und Psychosen im Kindesalter. — (Münch. med. Wochenschrift, No. 21 u. ff.) Neurolog. Centralblatt.

Eine recht bedeutende Casuistik veranlasste den Verf. zu einer eingehenderen Studie über Nervosität und Geisteskrankheiten bei Kindern. Unter 115 Fällen von Nervenerkrankung bei Kindern fand er 66 functionelle Neurosen (einschliesslich 22 Choreafälle), 45 organische und peripherische Erkrankungen, 4 Psychosen (ohne Idiotie). Damit verglich er 200 nicht ausgewählte Nervenfälle bei Erwachsenen und fand 102 functionelle Neurosen, 98 peripherische und organische Erkrankungen und 38 Psychosen. Es zeigte sich demnach, dass bei Kindern 4—5 Mal seltener als bei Erwachsenen eine nervöse Affection die Form der Psychose annimmt.

Die Resultate der eingehenden Erörterungen über die Nervosität im Kindesalter sind die, dass die Neurasthenie im eigentlichen Sinne, wie sie bei Erwachsenen dominirt, fehlt, obwohl auch bei Kindern die reizbare Schwäche in Gestalt der nervösen Disposition eine weitgreifende Ausdehnung erreicht. Dafür findet man wesentlich nur bei ihnen die häufige Krampfform der Chorea und die Hysterie tritt relativ öfter und durchschnittlich mit schwererem Symptomenbild auf. Ein besonderes Gepräge hat endlich sowohl die passagere als die andauernde Form der Cerebralirritation.

Die nervöse Anlage spielt für einen grossen Theil der Allgemeinneurosen ätiologisch die grösste Rolle. Ihr klinischer Charakter war als Erethismus und psychische Hyperästhesie aufzufassen, während ein primärer Stupor ohne Schwachsinn fehlte.

Ferner trat die Tendenz zu sensomotorischen Krampf- und Lähmungssymptomen hervor (*Maudsley*'s Convulsibilität).

Endlich war bezüglich der psychischen Reizerscheinungen ebenso die ung zu passageren Störungen, wie die Seltenheit solcher von conti-

Digitized by Google

nuirlicher Dauer oder mit beständiger Wiederholung hervorgetreten. Kam es aber zu letzteren, so trugen sie die Merkmale tiefgehender Erschöpfung und Lähmung an sich.

Die Fälle von Psychosen sind folgende:

1. 13jähriger Knabe. Stark erblich belastet. Häufiges nervöses Erbrechen. Psychischer Affect durch den Selbstmord eines Hausbewohners und Neckereien, der Mann gehe noch im Hause herum, sind die Ursachen der Erkrankung. Beginn mit Kopfschmerz und Erbrechen, nach 14 Tagen Irrereden, Stimmungswechsel, Verwirrtheit. Nach weiteren 3 Wochen versinkt der Knabe mehr und mehr in apathisches Brüten, widerstrebend gegen Alles, spricht fast gar nicht; zuweilen läuft er herum und heult. Aus diesem Zustande von Indolenz erwacht er nach und nach. 5 Monate nach Beginn der Erkrankung kann er als geheilt angesehen werden.

2. 15jähriges Mädchen. Belastet. Seit dem 10. Jahre Enuresis nocturna. Im 14. Lebensjahr während der Pflege einer kranken Schwester plötzlich aufgeregt und verwirrt. Nach 3 Wochen wieder hergestellt. Zwei Monate später von neuem erregt, dann niedergeschlagen. Am Schluss der 4 wöchentlichen Psychose erster Eintritt der Menses. Seitdem immer leicht reizbar. April 1891 wurde Pat. dem Verf. zugeführt. Seit 6 Wochen wieder erregt. Bei gesundem Aussehen, kindlichem Habitus, war Pat. ängstlich, weinerlich, schwer besinnlich; arbeitete nicht zu Hause. Sie wurde bald freier und war 2 Monate später wieder gesund. Die Enuresis besteht noch; ein Rückfall der Psychose nicht eingetreten.

3. 11jähriger Knabe. Hereditäre Belastung wahrscheinlich. Normale Entwickelung bis zum 7. Jahr, kam in der Schule gut mit, konnte bereits ganz gut schreiben. Gegen Ende des 7. Jahres wurde er plötzlich sonderbar, oft bösartig, schlug und biss, öfters auch ganz stumpf. Seitdem nahmen die geistigen Fähigkeiten schnell ab und sind nicht wiedergekehrt. Als Ursache wird Masturbation, zu der er durch eine Magd verleitet wurde, angeschuldigt. Ausser Kryptorchismus keine Degenerationszeichen, augenblicklich leichte Chorea. Blöder Gesichtsausdruck, lässt den Speichel zum Munde herausfliessen. Antwortet meist nicht. Lesen und Schreiben hat er wieder verlernt, Neigung zur Masturbation zur Zeit nicht beobachtet. Explosive, brutale Zornesausbrüche. Unstät und leicht reizbar. Dieser Zustand hat sich seit dem Entstehen wenig verändert.

4. 8jähriger Knabe. Vater Potator. Im 3. Jahr Gehirnentzündung. Mittelguter Schüler. Seit 2—3 Jahren in jedem Monate einige Tage rappelig, zielloses Umherlaufen, pfeift, singt, verunreinigt sich häufig. Nicht bösartig oder zornig. Keine Zuckungen. Nach dem Anfalle leichte Benommenheit, schlecht orientirt, schläfrig.

In der Benennung resp. Auffassung steht Ref. auf einem etwas anderen Standpunkt wie der Verf., obgleich es naturgemäss schwer ist, aus einem Krankengeschichtsauszug die Diagnose zu stellen. Fall 1, agitirte Melancholie, möchte Ref. eher als acute Demenz bezeichnen. Fall 2, Melancholia

Digitized by Google

passiva, dürfte eine sich entwickelnde circuläre Psychose sein. In Fall 4 endlich, periodische Manie (resp. Delirium), möchte Ref. trotz des Verf.'s gegenseitiger Ansicht doch epileptische Aequivalente entschieden für das Wahrscheinlichste halten.

Theoretische Erörterungen über die relative Seltenheit wirklicher Psychosen im Kindesalter und das Vorwiegen geistiger Schwäche und Hemmung in ihren Symptomen führen *F.* zu dem Schluss, dass das Kindergehirn nicht recht fähig zu dauernden psychischen Reizsymptomen ist, dass der psychische Reiz als solcher bald zur Erschöpfung führt.

26 im Auszug wiedergegebene Krankengeschichten aller Art Neurosen und Psychosen seiner eigenen Beobachtung vervollständigen die sehr interessanten Erörterungen des Verf.'s. *S.*

***Kaes, Th.*, Untersuchungen über Verwirrtheit. — Sond.-Abdr. aus den Jahrb. der Hamburger Staatskrankenanstalten II.**

K. hat die Reden von 16 das Symptom der Verwirrtheit darbietenden Kranken wortgetreu zu Papier gebracht und theilt diese Notizen neben Krankengeschichten und spärlichen epikritischen Bemerkungen mit.

Sorgfältig sind die Aeusserungen der Kranken wiedergegeben, es mangelt aber an genügend genauer Mittheilung, welche Formen geistiger Störung es eigentlich betrifft. Es scheint sich um die verschiedensten Erkrankungsformen zu handeln. *S.*

***Cramer, A.*, Ueber das Verhalten des Blutdruckes während der Angst der Melancholischen. — Münchener medicin. Wochenschrift, XXXIX, 6, 7.**

Auf Grund seiner theoretischen Anschauungen über die pathologisch-physiologischen Bedingungen der primären Stimmungsanomalien vermuthete *Cr.*, dass während der Angst der Melancholischen ein Ansteigen des Blutdruckes stattfinde. Um über diesen Punkt Klarheit zu erhalten, hat er methodische Blutdruckmessungen angestellt. Er benutzte das Sphygmomanometer von *v. Basch* und durch eifriges Bemühen gelang es, die mannigfachen Schwierigkeiten zu überwinden und anscheinend einwandsfreie Ergebnisse zu erzielen. Es wurden die bei 7 Kranken erhobenen Befunde mitgetheilt und durch Curven veranschaulicht. Zur Controle wurden auch bei einer grösseren Anzahl von gesunden Personen entsprechende Messungen vorgenommen. Es hat sich ergeben, dass schon mit dem Auftreten und dem Ansteigen der Angst auch der Blutdruck ansteigt. Dem Grade der Angst entsprach der Grad der Blutdrucksteigerung nicht immer, was Verf. mit dem Hinweis zu erklären sucht, dass „der Grad der Angst nur der subjective Ausdruck für die verschiedenen im Körper vorgehenden

Digitized by Google

pathologisch-physiologischen Veränderungen" ist, also eine verschiedene Reaction der Individuen auf die gleichen Veränderungen zu verschiedenen Zeiten sehr wohl denkbar sei.

Verf. erachtet es für bewiesen, dass während der Angst der Melancholiker „in verhältnissmässig weit ausgedehnten Gefässprovinzen eine Contraction stattfindet, und dass diese Gefässcontraction mit grosser Wahrscheinlichkeit als eine bedingende Ursache für die Angst anzusehen ist".

Therapeutische Maassnahmen auf diese Ergebnisse aufzubauen, hält Verf. für verfrüht. *S.*

Wollenberg, Rob., Drei Fälle von periodisch auftretender Geistesstörung. — Charité-Annalen XVI, pag. 427. *Schmidt's* Jahrbücher.

1. Ein 25jähriges Mädchen, dessen Vater ein liederlicher, verwunderlicher, zuchtloser Mensch war, der selbst früher gesund gewesen war, erkrankte unter misslichen Umständen mit maniakalischen Erscheinungen. Während der Beobachtung ergab sich, dass lebhafte Erregung mit verhältnissmässiger Ruhe, bezw. trauriger Verstimmung wechselte und dass die Erregung eine gewisse Beziehung zur Menstruation erkennen liess, derart, dass die lebhafte Erregung vor der Menstruation vorhanden war, die letztere eintrat, während die Erregung abklang. Die Behandlung durch grosse Gaben von Bromkalium schien einen günstigen Einfluss zu haben. — Verf. meint, man könne diesen Fall als „Menstruales Irresein" bezeichnen.

2. Eine 38jährige Frau, die seit der Kindheit an nervösen Störungen, später an zweifelloser Hysterie (Anfälle, Einschränkung des Gesichtsfeldes) litt, zeigte zeitweise eine geistige Störung: Unruhe, Angst, Neigung zum Herumtreiben und Trinken. Es stellte sich heraus, dass diese krankhaften Zufälle besonders vor der Menstruation eintraten. — Auch hier spricht Verf. von „menstrualem Irresein".

3. Bei einer 32jährigen Frau, die bis zum 17. Jahr an Enuresis nocturna gelitten hatte und von Kindheit an epileptoide Zufälle gezeigt hatte, wurde während zwei Schwangerschaften in der ersten Hälfte derselben eine geistige Erkrankung beobachtet, die sich dadurch kundgab, dass die Kranke von einem unwiderstehlichen Verlangen befallen wurde, sich durch Versetzen Geld zu verschaffen, oder sich fremdes Eigenthum anzueignen. Wie bei anderen Formen der Obsession wurde auch hier die Kranke von Angst befallen, wenn sie ihrem krankhaften Verlangen widerstand, und sie fand erst durch Vollendung der strafbaren Handlung Ruhe. Die Diebstähle wurden ohne Vorsicht und Zweckmässigkeit ausgeführt, die Gegenstände waren z. Th. werthlos, oft gab die Kranke sie gleich zurück, oder warf sie weg. Auf das Gutachten des Verf. hin wurde die Kranke als unzurechnungsfähig erkannt. *S.*

Digitized by Google

Nuova Rivista di psichiatria, neuropatologia, medicina legale, antropologia criminale e terapia. Giorn. clinico, sperimentale illustrato. Dir. Dott. *A. Grimaldi* (Napoli).

Die Probenummer der Nuova Rivista, der 5. neuen psychiatrischen Zeitschrift, wenn wir nicht irren, die seit den letzten 8 Jahren den Aufschwung der betreffenden Wissenschaft in Italien bezeichnen, hat die Absicht, die Psychiatrie unter den praktischen Aerzten zu popularisiren, nachdem das älteste Organ, das Archivio ital. p. l. malatt. nervose ed. alienate seit dem Ende vorigen Jahres mit der Rivista speriment. di freniatria verschmolzen worden ist. Zweckentsprechend trägt die Nuova Rivista an ihrer Spitze einen Artikel *Legrain*'s, des soeben zum Chefarzt von Ville-Evrard bei Paris ernannten Psychiaters, Le psicosi degenerative e il Delirio cronico — Loro Rapporto con la Paranoia.

Verfasser gibt einen interessanten geschichtlichen Ueberblick der Entwickelung des Begriffs Paranoia in Frankreich und Deutschland, von *Esquirol*, *Morel*, *Lasègue* bis zu *Magnan*, von *Griesinger* (chronische Verrücktheit), *Sander-Snell* (acuter Wahnsinn), *Westphal* (primäre acute Verrücktheit), bis zu *Krafft-Ebing*, und fasst schliesslich seine Erörterungen unter folgendem Schema zusammen:

1. Psychoneurosen, Gemüthsstörungen: Manie, Melancholie.

2. Eigentlicher Wahnsinn (Primäre Geistesstörung, Paranoia):

a) Paranoia mit systematischer Entwickelung (*Magnan*'s chronisches Delirium mit seinen 4 Perioden von Unruhe, Verfolgungs-, Grössenwahn, Demenz. — Unheilbar).

b) Paranoia der Degenerirten — mit proteiformen Delirien ohne systematische Entwickelung (ähnlich den Zwangsvorstellungen). Acute (heilbare) oder langsam verlaufende (unheilbare) Formen. — Vielfache (je nach dem Inhalt der Delirien) wechselnde Formen, als Querulanten-, religiöser, mystischer, erotischer Wahn.

3. Paranoia symptomatica (Hysterie, Epilepsie). *Fränkel.*

Fronda, **La pazzia negli emigranti. — Il Manicomio VII, 1—3, p. 15.**

Bekannt ist der Vagabundenwahnsinn. Etwas Aehnliches findet Verf. bei den Auswanderern nach Veranlagung und Beweggründen. — Unter 2000 binnen 8 Jahren in seiner Anstalt aufgenommenen Irren befanden sich 58 (52 Männer 6 Frauen), die aus fremden Ländern — die meisten aus Amerika — zurückgekehrt waren, grösstentheils (27) im Alter von 30 bis 40 Jahren. (Allerdings eine grosse Zahl im Verhältniss zu den Aufnahmen in einer Anstalt, aber doch nicht maassgebend für die ungeheure Menge der jährlich von überallher Auswandernden, abgesehen von den vielen, namentlich den zahlreichen jugendlichen Ausreissern.) Eine allgemeine Statistik, zu der Dr. *Brunati* in Como (Archiv. ital. d. l. malatt. ment. 1889) den Grund gelegt hat, wäre wünschenswerth. — Unter den 58 Zurückge-

Digitized by Google

kehrten befanden sich 38 mit degenerativen Formen, erblicher Belastung. — Die sonstigen Ursachen zur Auswanderung sind complicirter Art. Jugendlicher Thatendrang, Wandertrieb, besonders bei den nordischen Rassen, neurasthenische Unruhe, Missbehagen an den politischen und wirthschaftlichen Zuständen der Heimath. *Fränkel.*

Ventra, Esalgina nelle Malattie mentali. — Il Manicomio VIII, 1.

Das Exalgin i. e. Methylacetanilid, in Deutschland wenig gebräuchlich, hat seit 1889 durch *Dujardin-Beaumetz* sich den Ruf eines krampfstillenden Mittels erworben. In 16 von *Ventra* behandelten Fällen von epileptischem Irresein hat dasselbe keinen derartigen Erfolg gehabt. Sicher schmerzstillend wirkte das Mittel bei Neuralgien, bei Kephalgie jedoch sicherer das Antipyrin. In 4 Fällen von Manie brachte es weder Schlaf noch Beruhigung. *Fränkel.*

Hitzig, Ein Beitrag zur Hirnchirurgie. Klinischer Vortrag, gehalten am 4. Mai 1892. — Berl. klin. Wochenschrift, No. 29.

29jähriger Mann. Als Kind Scharlach, darnach Ohreneiterung bis zum 18. Jahre. — Schlag mit einer Stockkrücke auf die rechte Stirnhälfte, ohne directe Folgen.

Im April 1891 heftige Kopfschmerzen an der betreffenden Stelle, die seitdem mit wechselnder Intensität anhielten. October 1891 plötzlich ein Anfall, bei dem Pat. die Cigarre aus der rechten Hand entfiel und der Mund nach der linken Seite verzogen wurde. Zurückbleiben einer Schwäche des rechten Armes. Im Laufe der Zeit nach 4 bis 5 solcher Anfälle und darnach stets gewisse Schwäche der Extremität; Sprechen und Schlucken auch etwas Schwindel dabei. Das Bein blieb frei. November 1891 Sehstörung des rechten Auges zunehmend und sich weiterhin auf das linke Auge erstreckend. Zeitweise trat Schwindel auf; nie Erbrechen. — Schmerzhaftigkeit des Kopfes bei Bewegungen und Beklopfen.

Bei der Aufnahme, 21. April 1892, ergibt der Status: Demenz mässigen Grades, Kopf nach vorn geneigt und nach links schief stehend. — Ausgesprochene Stauungspapille, — hochgradige Einengung des Gesichtsfeldes beiderseits, besonders rechts. — Linksseitige Facialislähmung. — Parese des linken Armes — Zunge wich nach links ab. — Am wenigsten war die untere Extremität betroffen.

Nach einigen Tagen teigige Schwellung in der rechten Schläfengegend und an einer Stelle sehr erheblicher Druckschmerz. Am 1. Mai ein Anfall ähnlich den früheren. — Eine Pulsverlangsamung war nie zu constatiren gewesen.

Nach Entwickelung und den Erscheinungen des Leidens konnte ein Hirnabscess ausgeschlossen werden und die Diagnose auf einen Tumor gestellt werden, der vom Stirnlappen rechts ausgehend und sich allmälig

Digitized by Google

vergrössernd erst die Allgemeinsymptome und dann durch Druck auf die benachbarten Centren der vorderen Centralwindung die Herdsymptome herbeigeführt hatte. Die Anschwellung und Schmerzhaftigkeit an der rechten Schläfengegend entsprach dem aufsteigenden Aste der Fossa Sylvii und deutete auf den hintersten Theil des Stirnlappens.

Hier wurde die Trepanation gemacht, die von *v. Bramann* ausgeführt wurde. Ein Stück Knochen von 11 cm in frontaler und 8 cm in sagittaler Richtung wurde herausgemeisselt; der Knochen war an einer Stelle ganz dünn, an einer andern 1 cm dick und blauroth gefärbt. Es wurde eine Tumor, der sich als Sarcom erwies und 280,0 g wog, herausgeschält. Der Kranke überstand die Operation gut; die Lähmungserscheinungen blieben bestehen, aber bedrohlichere Symptome traten nicht ein. Am 8. Juli war Pat. noch am Leben.

Es wird im Anschluss an diesen Fall gleichzeitig noch eines Anderen Erwähnung gethan, der ganz ähnlich war: 46jähriger Mann erhält am 11. December 1890 einen Schlag auf die rechte Kopfseite. — 21. October 1891 trat zuerst eine lähmungsartige Schwäche der linken Hand ein; in den nächsten Wochen linksseitige Krampfanfälle von der linken Hand zum Oberarm und zur Schulter fortschreitend, das Bein frei lassend, ohne Bewusstseinsverlust etc. Nach den Anfällen Lähmung der rechten oberen Extremität, Parese des linken Facialis und der unteren Extremität, sowie Heiserkeit (Parese des linken Stimmbandes); Abweichen der Zunge nach links; Steigerung der Patellarreflexe besonders links, wo auch starker Fussclonus vorhanden. — Später stellten sich Kopfschmerzen ein, noch zwei neue Krampfanfälle, Sehstörung und beiderseits Stauungspapille. Es wurde ein Hirntumor diagnosticirt und Operation gemacht, für die das Centrum für die Fingerbewegungen als Ausgangspunkt galt. Bei einer ersten Operation wurde eine Cyste von Enteneigrösse entfernt, und da sie sich als Theil eines Cystosarcoms erwies, wurden in zwei weiteren Sitzungen jedesmal grosse Geschwulstmassen entfernt. — Auch dieser Kranke blieb am Leben.

***Boettiger*, Trional als Hypnoticum. — Berliner klin. Wochenschrift, No. 42.**

Das Trional und Tetronal verdanken wir, wie das Sulfonal den Untersuchungen von *Kast* und *Baumann* über die Schlafwirkung der Sulfonkörper. Das 3fach äthylirte Trional und das 4fach äthylirte Tetronal wurden zuerst von *Barth* und *Rumpel* als Schlafmittel geprüft und zu ausgedehnterer Verwendung empfohlen. Nachdem *Schultze* an der Bremer Anstalt eingehende Versuche mit den Mitteln angestellt hatte, die sehr zu Gunsten des Trional sprachen, und auch aus der Jenenser Klinik von *Schaefer* günstige Berichte über die beiden Schlafmittel publicirt worden sind, wurden alsbald auch von anderer Seite die guten Erfolge besonders mit dem Trional bestätigt. *B.* wandte dieses in der psych. Klinik und Nerven-

Digitized by Google

klinik zu Halle bei nervöser Insomnie sowie bei den verschiedensten psychischen Erregungszuständen als Schlafmittel an und fand ebenfalls, dass denselben eine exquisit hypnotische und sedative Wirkung zukommt, während unangenehme Nebenwirkungen bei Einhaltung gewisser Grenzen in der Dosirung nur äusserst selten zu beobachten sind. Es wirkte prompt und schnell, meist schon 15 Minuten nach der Verabreichung; die einmalige Dosis war 1 bis 3 g. Bei einfacher Agrypnie hatte es stets vollen Effect. Bei leichterer psychischer Erregung, Störungen des Affects primärer und secundärer Natur und endlich bei Zuständen von Verwirrtheit, selbst höheren Grades war es gleichfalls sehr brauchbar. Bei schweren Erregungszuständen konnte Verf. oft noch durch fractuirte Dosen, mehrmals täglich 1,0 g, eine recht ausgibige Wirkung erzielen. Ohne Wirkung war es bei starken Schmerzen, bei alkoholischen Verwirrungszuständen und in einigen Fällen höchster Erregung und Unruhe. — Gewöhnung bei längerem Gebrauch tritt nicht ein.

Der Preis des Mittels ist jetzt schon auf 80 M. pro Kilo von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld herabgesetzt.

Garnier, Bemerkungen über das Trional und Tetronal in der psychiatrischen Praxis. — Le progrès médical, No. 49.

Verf. will noch kein endgültiges Urtheil über diese Mittel fällen, möchte aber doch schon nach einigen Versuchen auf ihre Brauchbarkeit aufmerksam machen. Er hebt besonders die schnelle Wirksamkeit hervor, die sie vor dem Sulfonal voraus haben und erwähnt im Weiteren nur die deutschen Arbeiten über diese Hypnotica.

Brie, Ueber Trional als Schlafmittel. — Neurol. Centralblatt, No. 24.

Verf. gab das Mittel 42 Patienten; diese Fälle theilen sich nach Krankheitsformen und der Art der Schlafstörung in 5 Gruppen. 11 Fälle mit melancholischen oder hypochondrischen Depressionszuständen, — das Trional führte einen 7—9 stündigen Schlaf herbei, wirkte nach $^1/_2$ Stunde und erzeugte keinerlei unangenehme Nebenwirkungen. Die Dosis betrug bei den leichtern Fällen 1,0, bei den schwerern empfiehlt es sich 2,0 zu geben.

Die zweite Gruppe umfasst 4 Fälle von agitirter Melancholie. Mit 2,0 Trional wurde bei zwei Kranken sofort guter Schlaf erzielt; im 3. Fall wirkten 2,0 nicht aber 3,0 und dann auch 2,0. Die 4. Kranke schlief sofort mit 1,0 gut. — Die 3. Gruppe umfasst die maniakalischen Erregungszustände, einschliesslich der paralytischen Tobsucht; hier wurden sichere Wirkungen nicht immer erzielt. Aber es wurde nur 1 Misserfolg in 10 Fällen beobachtet. — Die 4. Gruppe betrifft Kranke leidend an hallucinatorischer Verwirrtheit und hallucinatorischer Paranoia; es wurde stets mit Trional ausreichender Schlaf erzielt. — Die 5. Gruppe umfasst die Fälle von secundärer Seelenstörung, Dementia senilis, organischen Hirn-

Digitized by Google

erkrankungen und paralytischem Blödsinn; es wurden 64 Einzelgaben verabreicht. Bei den meisten trat nach 2,0 Ruhe für die nächste und die folgenden Nächte ein, die übrigen schliefen den grössten Theil der Nacht.

Verf. betont am Schluss seiner Arbeit, dass das Trional als Schlafmittel unter den ersten zu nennen und zu empfehlen sei. *S.*

***Raimondi* und *Mariottini*, Trional und Tetronal. — (Atti della R. Academia dei Fisiocritici. Serie IV. Vol. IV.) Neurolog. Centralblatt, No. 24.**

Trional und Tetronal haben eine stärkere hypnotische Wirkung, als Sulfonal und zwar bewirken 1,5 Trional oder 1,0 Tetronal so viel, wie 3,0 Sulfonal; auch sie haben etwas cumulative Wirkung; eine Gewöhnung des Organismus an das Mittel scheint nicht stattzufinden, ebensowenig wie eine Beeinflussung der Circulation oder Temperatur. Intoxicationserscheinungen, welche zu hohe Dosen oder zu langer Gebrauch mässiger Dosen von Trional und Tetronal hervorrufen, ähneln den Symptomen des Sulfonalismus ungemein; zuerst tritt, ebenso wie bei Sulfonal, Ataxie auf. Bei Fällen einfacher Schlaflosigkeit genügten 0,5—1,0 von jedem der Disulfone: übrigens kommt dem Tetronal die beruhigende Eigenschaft in etwas höherem Grade zu. Die Darreichung erfolgt am besten direct vor dem Schlafengehen (da die Mittel nach 10—20 Minuten, also viel schneller wirken, als Sulfonal) in Milch, Wein oder Thee gelöst. Das Sulfonal zeichnet sich allerdings vor seinen beiden Verwandten durch seine Geschmacklosigkeit aus, während jene beiden bitter sind und deswegen von Kranken manchmal zurückgewiesen werden. Nebenwirkungen sind relativ selten, am ersten noch im Verdauungstractus. *S.*

***Friedenreich*, Zwei Fälle tödtlicher Sulfonalvergiftung. — (Hosp.-Tid. 1892. 3. R. X. 28.) Neurolog. Centralblatt, No. 24.**

In beiden Fällen war der Symtomencomplex im Wesentlichen gleich, nur dominirten im ersten Falle (eine 50jährige Frau, die dem Sulfonalmissbrauch ergeben war) die paralytischen Symptome absolut, während im zweiten Falle (bei einer 40jährigen Frau, die wenigstens seit einem Jahre täglich, vielleicht oft mehrmals an einem Tage, Sulfonal genommen hatte) ausser der Lähmung noch Dyspnoe bestand, die *F.* den Eindruck machte, als ob sie durch irrespirables Blut, nicht durch Kohlensäurevergiftung in Folge von Lähmung der Respirationsmuskeln bedingt sei. Die Hauptsymptome waren in beiden Fällen dunkelrother Harn, Schmerzen im Unterleib und Lähmung der willkürlichen Muskeln; diese Symptome genügen nach *F.* zur Stellung der Diagnose der Vergiftung. In Bezug auf das Zustandekommen der Sulfonalvergiftung ist *F.* geneigt anzunehmen, dass das Gift durch seine Aufnahme in das Blut dieses weniger respirabel macht, vielleicht in Folge einer besonderen Einwirkung auf das Hämoglobin, wofür der abnorme

Digitized by Google

Farbstoff im Harn sprechen könnte. Der Giftstoff, eventuell dessen Verbindung mit Hämoglobin, muss indessen zugleich eine besondere Wirkung auf das Nervensystem haben, vielleicht dadurch, dass er organische Veränderungen, nach den Symptomen wohl am ersten eine toxische Neuritis, hervorbringt. In einer Nachschrift theilt *F.* noch einen tödtlich verlaufenden Fall von Sulfonalvergiftung aus der Praxis des Dr. *Paulli* mit, in dem $^3/_4$ Jahr lang Sulfonal genommen war, und einen andern Fall, in dem nach 3—4 Wochen langer Anwendung von Sulfonal bedeutende Vergiftung eintrat, von der sich die Kranke nur langsam erholte. *S.*

Helweg, K., **Mittheilung eines Falles von Sulfonalvergiftung mit Sectionsbefund und Rückenmarksuntersuchung. — (Hosp.-Tid. 1892. 3. R. X. 39.) Neurolog. Centralblatt, No. 24.**

H. theilt den Sectionsbefund und die Untersuchung des Rückenmarks in einem Fall von Sulfonalvergiftung mit; der Fall betraf eine 54 Jahre alte, an circulärer Psychose leidende Frau, die 3 Monate lang Abends je 1 g Sulfonal bekommen hatte, plötzlich Vergiftungssymptome gezeigt hatte und binnen 11 Tagen gestorben war. Die unteren Extremitäten waren kalt und schlaff gewesen, die Arme konnte die Kranke bewegen. Der Sectionsbefund war negativ gewesen. Bei Untersuchung des gehärteten und mit Carmin gefärbten Rückenmarks fanden sich auf dem Querschnitt Rindenschicht und weisse Stränge gesund, nur in den Hintersträngen eine geringe Hyperplasie des Reticulum, wie sie bei älteren Geisteskranken häufig vorkommt. Auch die graue Masse war gesund, aber die Nervenzellen in den Vorderhörnern wie auch in den Hinterhörnern waren degenerirt und ihre Zahl vermindert. Die Veränderung bestand darin, dass die Kerne aufschwollen, heller wurden, ihre Körner seltener und gröber, die Contouren dunkel und grob gezeichnet; der Kernkörper erscheint stark vortretend, dunkelfarbig. Der Zellkörper schwillt ebenfalls an, wird aber zugleich äusserst feinkörnig und zuletzt homogen. Darnach verschwindet der Kernkörper, der Kern selbst zeigt gebuchtete Contouren, schrumpft zuletzt und verschwindet. Der Zellkörper verliert seine Ausläufer, wird kleiner und zerfällt. Diese Form der Degeneration findet man bei acuter Myelitis, aber eine solche ist im vorliegenden Falle nicht vorhanden. Die Degeneration der Nervenzellen war nicht gleich stark in allen Theilen der grauen Masse, stark war sie in den Vorderhornzellen und deutlich in den *Clarke*'schen Säulen und Tract. intermed. later., in den Hinterhornzellen konnte sie *H.* nicht bestimmt nachweisen. Am stärksten war die Degeneration im untersten Theile des Markes, wo fast alle Zellen bedeutend degenerirt waren, nach oben zu nahm die Degeneration ab und war weniger vorgeschritten, aber noch in der Höhe des ersten Cervicalnerven war sie vorhanden. Dass es sich hier wirklich um einen Untergang der Nervenzellen handelt, geht nicht blos aus den zahlreichen Rudimenten hervor, die sich fanden, sondern

Digitized by Google

auch aus der Zählung der noch einigermaassen erhaltenen Zellen. In den Vorderhörnern waren in der Höhe des ersten Cervicalnerven 23 pCt., in der Höhe des ersten Lumbalnerven 45 pCt. geschwunden, in den Clarke'schen Säulen in der Höhe des sechsten Brustnerven 38 pCt. Wahrscheinlich geht die Degeneration auch auf die Medulla oblongata und die Ponsgegend über und der Untergang der Zellen in den Nervenkernen dieser Gegend kann den tödtlichen Verlauf erklären. S.

***Jolles*, Sulfonalvergiftung. — (Bullet. méd. 1891. 30. December.) Neurolog. Centralblatt, No. 24.**

J. untersuchte den Urin von vier Frauen, welche nach längerem Sulfonalgebrauch psychische Störungen bekommen hatten. Er fand den Urin stets von dunkelbrauner Farbe, was auf dem Gehalt an Hämatoporphyrin beruht. Der Nachweis dieses Stoffes gelingt auf folgende Weise: Man versetzt den Urin mit alkalischer Chlorbaryumlösung, nimmt den Niederschlag mit salzsaurem Alkohol auf und kann dann in der Lösung spektroskopisch die 3 charakteristischen Absorptionsstreifen (einen im Gelb, einen im Grün, den dritten breiteren auf der Grenze von Grün und Blau nachweisen. In ammoniakalischer Lösung ändern sich die Streifen).

Im Urin fand *J.* ausserdem Spuren von Eiweis und geformte, den Nieren entstammende Elemente, ausserdem geringe Mengen von Sulfonal, welches unverändert ausgeschieden worden war. S.

***Johnstone, Carlyle*, Bemerkungen über den Gebrauch von Sulfonal als Sedativum und Hypnoticum. — The Journ. of Ment. science. January.**

J. räth das Sulfonal zunächst nur wurfweise zu geben; hilft das nicht, so zunächst nur alle 48 Stunden, schliesslich alle 24 Stunden. In 80 pCt. der Fälle erzielte er auch in der darauf folgenden Nacht einen guten, ausgibigen Schlaf. Er gibt als Mitteldose 30—40 Gran. Ueble Nebenerscheinungen hat er selten beobachtet, wenn das Sulfonal nur wurfweise gegeben wurde. Bei einer Frau mit acuter Manie trat nach 28 Gran neben dauernder Schläfrigkeit eine übrigens rasch vorübergehende Taubheit ein. Bei 2 Fällen von Beinbruch leichte Analgesie. Auch bei der Verabreichung in 48 stündigen Intervallen trat selten üble Nachwirkung ein. Die motorischen, sensorischen und Reflex-Functionen blieben ungestört. Bei einem Fall schien die Verwirrtheit zuzunehmen. Wurde das Sulfonal jeden Abend verabreicht, so wirkte es „sulfonalisirend", d. h. es entstand starke Somnolenz, Confusion, Indolenz, Torpidität. Die Kranken verloren alles Interesse an ihrer Umgebung. In motorischer Hinsicht: ein Gefühl von Müdigkeit bis völligem musculärem Collaps, dass die Kranken nicht stehen und gehen und sitzen konnten. Es machte den Eindruck einer tiefen Trunkenheit. *J.* spricht von einer Trunkenheit der Muskeln ohne sonstige Erregtheit

Digitized by Google

oder Heiterkeit. Dagegen bestand ein gewisser Stupor, bei dem die Kranken übrigens richtig conversiren konnten. Die Symptome verschwanden innerhalb 8 Tagen nach dem Aussetzen des Mittels, die Reflexe waren nicht gestört.

J. erreichte bei acuter Manie und Melancholie gute Resultate, ebenso bei der chronischen Manie, bei letzterer aber keinen Heilerfolg. Bei der periodischen Manie und chronischen Melancholie waren die Resultate schlecht; ebenso bei der Paralyse. Bei Imbecillität, Idiotie und sec. Dementia guter Erfolg. — *J.* erklärt das Sulfonal schliesslich für ein gutes Hypnoticum; er empfiehlt es namentlich bei den acuten Psychosen. Die Hauptgefahr ist bei längerer Verabreichung die Erschlaffung des Muskelsystems.

Collins, Joseph, Die Behandlung der Schlaflosigkeit. — The Journ. of nerv. and ment. disease. Juli.

C. bricht eine Lanze für das Chloralamid und das Sulfonal, hauptsächlich aber für das erstere. Er wandte es an vor Allem bei nervösen und psychischen Zuständen mit Schlaflosigkeit, bei Ischias, Chorea, nervöser Agrypnie, Delirium tremens u. s. w. Besonders in sólchen Fällen, wo nach dem Schlafengehen die Gedanken nicht, wie üblich, rarer werden, sondern sich stürzen, und hauptsächlich die Erlebnisse des Tages und die Geschäftsangelegenheiten Einem nicht aus dem Sinne gehen wollen, — empfiehlt *C.* das Chloralamid. Auch bei Meningitis. *C.* hält es für ein sicheres und unschuldiges, selten versagendes Hypnoticum, ohne üble Folgen wie Kopfschmerz u. dgl. Eine Angewöhnung wie bei Opium, Morphium und anderen Mitteln sei nicht zu befürchten. Namentlich in Fällen, wo das Chloral contraindicirt ist, z. B. bei gewissen Herzaffectionen, soll Chloralamid eintreten. Auch bei Folgezuständen von Delirium tremens. Sulfonal ist etwas weniger verlässlich. Uebrigens hat *C.* einen Fall von Sulfonalismus in seiner eigenen Praxis noch nie kennen gelernt. — Erwähnt sei noch, dass *C.* die Schlaflosigkeit nervöser Natur bei einigen Fällen dadurch hob, dass er die Betreffenden anhielt, statt wie sie gewohnt waren, morgens zum Abort zu gehen, sich auf eine Defäcation vor dem Schlafengehen einzurichten!

Stichl, A., Beitrag zur Behandlung nervöser Störungen des Verdauungstractes. — Aus Neuropathologische Studien von *Gugl* und *Stichl.* Ferdinand Enke. Stuttgart. 1892.

Die Arbeit enthält eine zusammenfassende Darstellung der bei der Neurasthenie und Hysterie vorkommenden Störungen des gesammten Verdauungstractes. Nachdem Verfasser die Abnormitäten des Hungergefühls — Anorexie und Bulimie: mangelhaftes und krankhaft gesteigertes Hungergefühl — besprochen hat, geht er an die Schilderung der Symptome bei nervöser Erkrankung der oberen Verdauungswege, des Magens und des

Digitized by Google

Darmes nach Sensibilität, Motilität und Secretion. Ein besonderes Kapitel ist der Neurasthenia gastrica (nervöse Dyspepsie) gewidmet. Eine Reihe von Krankengeschichten ist den verschiedenen Besprechungen beigefügt. Bei der Therapie betont Verf. vor allem die Allgemeinbehandlung der Kranken und die psychische Behandlung. *Serger.*

***Paul* (Paris), Behandlung der Neurasthenie mittelst Transfusion von Nervensubstanz.**

Nachdem *Brown-Séquard* vor mehreren Jahren durch seine „Verjüngungsversuche" mit Hodensaft-Injectionen Aufsehen gemacht und wunderbare Resultate mitgetheilt hat, berichtet jetzt *Paul* in dem vorliegenden Vortrage über seine jüngsten Versuche. Er hat an dem Prinzipe *Brown-Séquard*'s festhaltend statt des Testikelsaftes Nervensubstanz injicirt und zwar eine sterilisirte 10 procentige Lösung von grauer Substanz des Hammelhirns. Er will bei den Versuchspersonen, Neurasthenikern, Tabikern, Anämischen ein „Gefühl von Kraft und Wohlbefinden erzeugt haben, so dass sie sich für vollständig genesen hielten". Zu jeder Injection wurden 5ccm der Lösung verwendet; die Injectionen wurden gut vertragen. Die Bereitungsweise dieses „neurasthenischen Tonicum" wird noch des Näheren beschrieben.

***Vassale*, Sul trattamento del mixedema colle injezioni di succo di Tiroide. — Riv. di freniatr., XVIII, 2.**

In zwei früheren Arbeiten (Rivista di fren. XVI und XVIII, 1) hat *Vassale* seine Experimente an Hunden mitgetheilt, denen er die Schilddrüse exstirpirt und die er mittelst Injection von Schilddrüsenextract in die Jugularvene vor den Folgen der Exstirpation der Cachexia strumipriva und vor dem sonst unvermeidlichen Tode bewahrt hatte. — Die zahlreichen Unglücksfälle nach Kropfoperationen, sowie die Aehnlichkeit der Symptome der Cachexia strumipriva mit denen des Myxödems beim Menschen hatte namentlich englische und französische Aerzte veranlasst, die qu. Behandlung auf letztere Krankheit auszudehnen. *Vassale* sagt darüber: Die Behandlung des Myxödems mit Schilddrüsensaft (vom Schaf, Rind, Schwein) hat bisher sich günstig erwiesen, sei es, dass der ausgepresste Saft in den Fällen von *Murray* und *Ferwick* und *Beatty* unter die Haut eingespritzt, oder blosse Drüsensubstanz unter die Haut gebracht worden sei.

Carter (Brit. med. Journ. Apr. 1892) behandelte eine 43 Jahre alte Frau, die seit 4 Jahren in der Irrenanstalt sich befand und neben den typischen Symptomen von Myxödem an periodischen Wuthausbrüchen litt.

Vom 21. October 1891 bis 7. Februar 1892 wurden wöchentlich 2 mal Injectionen Schilddrüsensaft gemacht. Nach 14 Tagen war das Verhalten ruhiger, nach der 6. Injection die Gesichtshaut fast normal, desgleichen die Sprache am Schluss des Jahres, da alle physischen Symptome des Myxödems verschwunden waren. — Einen ebenfalls ausgezeichneten Fall von

Digitized by Google

Besserung nach Injection des Schilddrüsensaftes stellte auch *Davis* im April 1892 vor. — *Macpherson* hatte einen glänzenden Erfolg von Ueberpflanzen einer Schilddrüse vom Schaf bei einer 39jährigen Frau, die seit 3 Jahren an stuporöser Melancholie mit Hallucinationen, Nahrungsverweigerung, Kopfschmerz und ausgesprochener Schlafsucht litt. Dabei starke Anämie, Hämorrhagie, wächserne Gesichtsfarbe, Verdickung der Zunge, Oedem des Halses, Erkrankung der Haare und Nägel.

Fast unmittelbar nach dem Ueberpflanzen einer Schilddrüse vom Schaf in die Unterbrustgegend besserte sich der Zustand der Kranken; sie sprach viel, Kopfweh, Melancholie, Hallucinationen verschwanden für immer, die Ernährung der Haut wurde natürlich, Anämie und Menorrhagie vergingen.

Brown-Séquard und *D'Arsonval* berichteten (Sitzung der Académie des Sciences am 13. Juni 1892) über 2 Fälle von Myxödem aus *Bouchard*'s Klinik, in denen 10 Tage nach subcutaner Injection von Schilddrüsensaft fast jede Spur der Krankheit verschwunden war. Auf einen dieser beiden Fälle bezieht sich *Gley* bei Besprechung der Aehnlichkeit der Symptome des Myxödems mit denen nach Exstirpation der Schilddrüse bei Thieren. — Am deutlichsten spricht aber der Fall von *Chopinet* für die gewissermaassen specifische Wirkung des Schilddrüsensaftes. Die Krankheit hatte schon viele Monate gedauert, als man sich im Dezember 1891 zur Injectionsbehandlung entschloss, aber irrthümlich Thymusdrüse anstatt Schilddrüse verwendete und anstatt Besserung bedeutende Verschlimmerung, enorme Anschwellung des Gesichts erhielt. — Im April brachten Elektricität und Massage nur dürftige Erfolge; die Extremitäten schwollen zwar ab, aber Kopf und Hals füllten sich um so mehr, die Kranke war am Ersticken. — Da wurde am 2. Mai Schilddrüsensaft injicirt. Schon am 10. Mai war der Gang besser, Gesichts- und Kopfhaut, Lippen, Lider, Wangen und Zunge dünner. Sprache, Kauen und Schlucken leichter, Beklemmungen seltener — und Alles verschwand unter Fortsetzung der Kur bis zum 20. Juni.

In *Boeck*'s Fall bei einem 24jährigen Mädchen, das seit vielen Jahren an Myxödem litt, wurde die daneben bestehende Psychose (Stupor), weniger als die psychischen Symptome, durch 28 vom 3. Januar bis 10. Mai veranstaltete Injectionen beeinflusst. Nach der 3. Injection stellte sich verstärkte Diurese, Durstgefühl ein; das Oedem verschwand gänzlich, der Haarwuchs wurde normal, die blasse Hautfarbe rosig, das Körpergewicht nahm um 9 kg ab. — Der Gesichtsausdruck wurde intelligenter, Gefühlseindrücke erwachten, Stuhl und Urin ging nicht mehr unwillkürlich ab.

Fränkel.

***Berillon,* Die Behandlung nervöser Krankheiten durch Suggestion. — Wiener medic. Wochenschrift, No. 4.**

B. gibt eine Uebersicht über die in seiner Klinik durch hypnotische Suggestion erzielten Erfolge. Er bemerkt von vornherein, dass von 360 Kranken mehr als ein Drittel hysterisch waren. Bei allen hysterischen Zuständen

Digitized by Google

war ein guter Erfolg die Regel; es werden einige Fälle von hysterischer Stummheit, die in einer Sitzung geheilt wurden, namentlich aufgeführt. Aber auch bei Chorea, Epilepsie, localer Asphyxie, Neuralgien, Neurasthenie will er oft Heilung durch Suggestion gesehen haben, während Hemi-Paraplegien, Tabes, Myelitis etc. gebessert wurden. Selbst auf dem Gebiete der Geisteskrankheiten (ohne hysterische Grundlage) hat *B.* Erfolge aufzuweisen! Wahrlich, wenn man diese Mittheilungen liest, so muss es unverzeihlich erscheinen, dass nicht allenthalben in der Neuropathologie und Psychiatrie die Suggestion als kräftigstes Heilmittel zur Anwendung kommt.

***Robertson, G. M.*, Die Anwendung der Hypnose bei Geisteskranken. — Brit. med. Journ., No. 1652.**

R. berichtet über manchen günstigen Erfolg, den es ihm gelungen ist zu erzielen, trotz der grossen Schwierigkeit Geisteskranke zu hypnotisiren. Der hypnotische Schlaf erweist sich als nützliches Mittel: 1. Bei Schlaflosigkeit, dort, wo die gewöhnlichen Schlafmittel entweder contraindicirt oder unwirksam sind. In einem Fall von periodischer Manie wurde 4—6 stündiger Schlaf erzeugt, trotzdem mittlere Dosen von Chloral und Brom gar nicht wirkten.

2. Als Sedativum bei Aufregungszuständen, namentlich bei denen auf epileptischer und hysterischer Grundlage, auch bei gewissen periodischen Fällen, wenn man die Hypnose vor dem Ausbruch der Aufregung anwendet und den Kranken einige Stunden schlafen lässt.

3. Bei leichteren rasch vorübergehenden Anfällen von Irresein, sowie einem Fall von hypochondrischer Melancholie mit zeitweiser Verworrenheit und Stupidität nach gehäuften epileptischen Anfällen. — Ausserdem kann die hypnotische Suggestion benutzt werden: 1. Um den Widerstand des Kranken gegen Einnahme von Medicamenten oder Nahrung zu brechen. So gelang es die Kranken zum Einnehmen von Sulfonal zu bestimmen und einem Abstinenten zum Essen zu bringen, der über eine Woche künstlich genährt werden musste. 2. Als Ersatz für die mechanische oder chemische Behandlung. Hier aber seltener.

Im Allgemeinen muss der Erfolg als unsicher und unbeständig bezeichnet werden. Besonders schwer sind Melancholische zu hypnotisiren, dagegen „mit grosser Leichtigkeit" Fälle von einfacher Manie. Zustimmung und Vertrauen seitens des Kranken erleichtert bedeutend die Aufgabe des Arztes. *S.*

***Caminer*, Beobachtungen über Salophen. — Therapeutische Monatshefte. October.**

Da die wirksamen Componenten des Salophen, Salicylsäure und Acetylparamidophenol, ein Spaltungsproduct des Phenacetin sind, und die [illegible]ng in diese Bestandtheile bei der innerlichen Darreichung sich erst

Digitized by Google

im alkalischen Darminhalt vollzieht, versuchte Verf. dessen Anwendung als Analgeticum, die Dosis betrug 1,0 g, zweistündlich zu nehmen bis der Schmerz aufhörte; wenn überhaupt, genügten 4—6 Pulver. Er erzielte gute Resultate bei 10 Fällen von habituellem Kopfschmerz, bei 2 Fällen von Trigeminusneuralgie und einigen Fällen von Hemicranie; bei diesen wurde der Anfall, wenn das Mittel rechtzeitig genommen wurde, coupirt oder doch verkürzt, die Länge der Intervalle wurde aber nicht beeinflusst. Schliesslich räth Verf., dieses Mittel in nicht zu kleinen Dosen zu geben, was angesichts des bisher noch nicht beobachteten Auftretens unangenehmer Nebenwirkungen unbedenklich geschehen könne.

---

7. Paralyse und Geistesstörungen mit Syphilis.

Ref.: Kirn-Freiburg.

Geill, Christian (Aarhus), Beobachtungen über die allgemeine progressive Paralyse. — Hosp.-Tid. 2. R. X. 11, 12, 13. (Referat im Neurologischen Centralblatt, No. 21.)

Unter 88 Fällen allgemeiner progressiver Paralyse gehörten 35 der maniakalischen, 6 der melancholischen, 4 der circulären, 39 der dementen, 4 der acuten und 3 der spinalen Form an. In dem gleichen zwölfjährigen Zeitraum wurden in Aarhus 12 Fälle von Pseudoparalyse behandelt, 11 mal die Folge von Alcoholismus; von diesen starben 5 und wurden 2 geheilt.

Von den Paralytikern starben 69; unter diesen hatte die Krankheit gedauert bei 8 bis 1 Jahr, bei 26 bis 2 Jahre, bei 14 bis 3 Jahre, bei 11 bis 4 Jahre, bei 6 bis 5 Jahre, bei 2 bis 6, bei je 1 bis 7 und 8 Jahre.

Verfolgungs- und Eifersuchtswahn fand sich nicht bei Pseudoparalyse, wohl aber in einigen Fällen von Paralyse; heftige Angstanfälle bei Paralytikern häufig, bei Pseudoparalytikern nicht aufgetreten; Gesichts- und Gehörshallucinationen nur in 1 Fall von Pseudoparalyse, dagegen in 23 vor Paralyse. Muskeltremor 3 mal bei Pseudoparalyse, 5 mal bei Paralyse. Sprachstörungen und Lähmung der Extremitäten in allen Fällen beider Formen; die Sprachstörung bei Pseudoparalyse war mehr Labialataxie und Amnesie, bei Paralyse mehr Buchstaben-Stolpern und Mangel an Associationsvermögen. Die Extremitäten-Lähmung ist bei Pseudoparalyse weniger stark. Facialparalyse — 4 mal bei Pseudoparalyse, 32 mal bei Paralyse. Sensibilitäts-Anomalien 3 mal bei Pseudoparalyse, 48 mal bei Paralyse. Patellarreflex bei 3 Pseudoparalytikern gesteigert, bei 1 herabgesetzt, dagegen bei 13 Paralytikern gesteigert, bei 17 aufgehoben. Ungleichheit der Pupillen bei 7 Pseudoparalytikern, bei 40 Paralytikern. Paralytische Anfälle, Temperatursteigerungen und trophische Störungen bei beiden Erkrankungen.

Digitized by Google

Bei Pseudoparalyse tritt, selbst nach langem Bestehen, nie die tiefe Demenz und körperliche Debilität wie bei Paralyse ein.

Landbewohner waren von den Pseudoparalytikern 66,67 pCt., von den Paralytikern 21,59 pCt. Der jüngste Paralytiker war 27, der älteste 76 Jahre alt, der jüngste Pseudoparalytiker 41, der älteste 76. Durchschnittsalter beim Beginn 42,7 und 48 Jahre.

In 57 Fällen (64,77 pCt.) von Paralyse war vorausgegangene Syphilis sicher nachgewiesen, in 12 Fällen (13,64 pCt.) überwiegend wahrscheinlich; zusammen in 78,41 pCt. = fast $^4/_5$ der Fälle.

In 41 der 67 zur Section gekommenen Fälle war Syphilis festgestellt, in 10 wahrscheinlich.

Das Hirngewicht, um so geringer je länger die Krankheit gedauert hatte, schwankte zwischen 1090 und 1500 g, betrug im Mittel 1273,28 g.

Von den 88 Fällen progressiver Paralyse hatten 3 mit Tabes begonnen.

Nach dem Verf. muss die Paralyse, bei welcher schon im Prodromalstadium Congestionen häufig auftreten auf ein Gefässleiden zurückgeführt werden. Die Jahre lang dem definitiven Krankheitsausbruch vorausgehenden hemiplegischen Anfälle und die öfters gefundenen kleinen apoplektischen Herde älteren Datums sprechen für ein Arterienleiden, das man auch in der That nicht selten vorzeitig bei Paralytikern findet. Wahrscheinlich handelt es sich um ein syphilitisches Arterienleiden. Die antiluetische Therapie kann aber dann nicht mehr heilend einwirken, wenn der Krankheitsprocess im Gehirn schon weit fortgeschriten ist, denn die Periencephalitis ist nicht mehr direct specifisch, nur das ihr zu Grunde liegende Arterienleiden.

Geill fasst den Krankheitsprocess der allgemeinen Paralyse als ein postsyphilitisches Leiden der Hirnarterien auf, mit Congestion, Extravasation von Blutkörperchen und folgender Bindegewebsproliferation in der Pia, im subarachnoidealen Gewebe und um die feinen Arterien in der Corticalis, Ernährungsstörung, Atrophie der Nervenzellen in der Corticalis und secundär der Zellen und Nervenfasern im übrigen Gehirn und absteigend nach dem Rückenmark, unter chronischem schleichendem Verlaufe.

Bei Tabes-Paralyse handelt es sich nicht um eine aufsteigende Atrophie, sondern um ein gleichartiges Arterienleiden im Rückenmark und Gehirne.

Der Unterschied zwischen allgemeiner und Pseudoparalyse liegt — nach Verf. — in der Aetiologie, bei der ersteren ist die Syphilis, bei der letzteren der Alkohol die Ursache. Bei beiden ist der zu Grunde liegende Krankheitsprocess ein Arterienleiden, welches aber bei ersterer allgemein, bei letzterer mehr umschrieben auftritt. Bei letzterer kann, wenn der Process nicht bis zur Atrophie fortgeschritten ist, Heilung eintreten, die allgemeine Paralyse dagegen ist unheilbar wegen der grossen Ausdehnung des Arterienleidens.

Digitized by Google

Moravcsik, **Ueber die Initialsymptome der progressiven Paralyse. — Orwosi hetilap., No. 1 u. 2. (Referat im Centralblatt für Nervenheilkunde. August.)**

Verf. bespricht in eingehender Weise, und sich auf zahlreiche eigene Beobachtungen stützend, das Einleitungsstadium der progressiven Paralyse. Neben den psychischen finden auch die somatischen Störungen eine entsprechende Berücksichtigung. Die letzteren gehen nicht selten der geistigen Alienation voraus und zeigen viel Charakteristisches.

Verf. beobachtet wiederholt bei angehenden Paralytikern (ohne sonstige psychische Anomalien) das Auftreten von Delirien, die die eheliche Untreue zum Inhalt haben — gerade wie beim chronischen Alcoholismus, obwohl in diesen Fällen ein solcher nicht nachweisbar ist.

Unter den somatischen Erscheinungen erwähnt *M.* Verdauungsstörungen als sehr häufige Anfangserscheinungen. Sie treten ohne nachweisbare Ursache auf und zwar neben einigen nervösen Störungen ohne alle erweisliche Störungen der Intelligenz. Mit Einsetzen der psychischen Schwächezustände verschwindet die Magenaffection und macht einer grossen Gefrässigkeit Platz; trotz massenhaft eingeführter Nahrung nimmt aber das Körpergewicht nicht zu.

Weiteres Initialsymptom bilden namentlich zur Nachtzeit eintretende Temperatur-Erhöhungen mit Salivation und Acne facialis; dabei wird über Hitzegefühl im Kopf geklagt (Reizzustände der Wärmecentren im Cortex).

Guillemin **(Dôle), Beitrag zum Studium der Remission der allgemeinen Paralyse. — Annal. médico-psychologiques. November, December. 1891.**

Bei der allgemeinen Paralyse stehen anatomische Läsionen und Symptome in einem directen Abhängigkeitsverhältniss. In gleichem Grade, in welchem die ersteren fortschreiten, verschlimmern sich bald die motorischen bald die psychischen Krankheitssymptome, bald beide gleichzeitig. Wenn sich eine Remission einstellt, ist man berechtigt anzunehmen, dass das congestive Element einen Stillstand gemacht habe.

Dagegen trifft die Annahme mancher Autoren (A. Voisin) nicht in allen Fällen zu, dass die Entzündungsprozesse bei erst wenig entwickelter Erkrankung localisirt seien und dass bei der Remission die gesund gebliebenen Hirnpartien für die Functionen der erkrankten stellvertretend eintreten.

Verf. theilt einen bezüglichen Krankheitsfall eingehend mit. Es handelt sich um ein Individuum, welches, nachdem alle Symptome der Paralyse in hohem Grade ausgebildet waren, sich während 8 Monate einer sehr bedeutenden Remission zu erfreuen hatte (ruhige Haltung, Krankheitseinsicht, Anerkennung seiner früheren Excesse, Kummer wegen der durch seine Erkrankung darbenden Familie etc.) und dann ganz plötzlich einem

Digitized by Google

schweren convulsiven Anfalle erlag. Die Autopsie ergab hier keineswegs localisirte Veränderungen, der Art, dass gesunde für die erkrankten Hirnpartien hätten functioniren können, vielmehr den Befund einer allgemeinen Meningo-Encephalitis; der Krankheitsprocess war in allen Theilen des Gehirns nachweisbar.

Ballet, Gilbert, **Die Beziehung der Tabes dorsalis zur allgemeinen Paralyse. — Bulletin médical, No. 36.**

Tabes und allgemeine Paralyse seien keineswegs eine Krankheit mit verschieden starker Localisation. Schon der Verlauf spreche gegen diese Auffassung; die Paralyse verläuft verhältnissmässig schnell (in 2 bis 3 Jahren), die Tabes langsam (in 10—20 Jahren). Wenn man auch vielleicht in 66 pCt. der Fälle bei Paralytikern Erscheinungen der Tabes finde, so treten doch höchst selten die Erscheinungen der Paralyse zur bestehenden Tabes hinzu. Die anatomischen Veränderungen bei der Paralyse seien meist perivasculäre, die der Tabes peritubuläre (an den Nervenwurzeln und Fasern beginnend). Die paralytische Sklerose sei von der tabetischen verschieden; die interstitielle Entzündung führe bei der Paralyse eher zur Erweichung als zur Verdichtung. Auch sei die Sklerose bei letzterer nicht streng systematisch, wie bei der Tabes.

Joffroy, **Ueber die Natur und die Beziehungen der Tabes und der allgemeinen Paralyse. — Bulletin médical, No. 42.**

Verf. wendet sich gegen die Ansicht *Raymond*'s, dass Tabes und allgemeine Paralyse eine Krankheit seien. Man müsste bei der Tabes vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus eine primäre Erkrankung der Ganglienzellen der Hinterhörner und der Nervenfasern der Hinterstränge annehmen, während die Gefässe und die Neuroglia erst in zweiter Reihe erkrankten. Bei der Paralyse bestünden neben den primären Veränderungen der Nervenzellen und Fasern auch Veränderungen der Gefässe und des Zwischengewebes; aber die parenchymatöse Degeneration der Paralyse ergreife mehr die motorischen, psychischen und trophischen Bahnen, während die Tabes systematisch auf die sensitiven Bahnen beschränkt bleibe.

Das gleichzeitige Auftreten der Paralyse und Tabes sei eine Coincidenz, gerade wie die Combination der ersteren mit der multiplen Sklerose, mit organischer Hemiplegie, mit Hysterie oder mit infantiler Lähmung. Auch die Tabes könne ebenso gut wie von Paralyse von Hypochondrie, Hysterie etc. gefolgt sein. Wir treffen bei Paralytikern — auch ohne Tabes — Verlust der Reflexe, Diplopie, *Romberg*'s Symptom, lancinirende Schmerzen und Blasenstörungen. Immerhin seien beide Krankheiten, wenn auch nicht identisch, so doch nahe verwandt. — Dies werde durch die gemeinschaftliche Aetiologie bewiesen (erbliche Veranlagung, Syphilis).

Digitized by Google

Rendu, Die Beziehungen der Tabes zur allgemeinen Paralyse. — Bulletin médical, No. 48.

Es ist sachlich unbegründet, einen Unterschied zu machen zwischen einer im Verlauf der Paralyse auftretenden Tabes und einer im Verlaufe der Tabes auftretenden Paralyse, denn es handelt sich stets um den gleichen Process, welcher gleichzeitig oder nach einander Gehirn und Rückenmark befällt.

Die Tabes muss nicht nothwendig allein auf die Hinterstränge beschränkt bleiben, vielmehr beweisen die nicht gerade seltenen Muskelatrophien und Contracturen ihren Uebergang auf die motorischen Bahnen und die Seitenstränge.

Bei beiden Leiden spielen Alkoholismus und Syphilis die grösste Rolle in ätiologischer Hinsicht (*Charcot* misst allerdings der erblichen Belastung einen noch grösseren Einfluss auf die Entstehung der Tabes bei); sie müsse deshalb zur gleichen Familie gehören. Den von histologischer Seite geltend gemachten Bedenken gegenüber meint *R.*, bei der Paralyse seien nicht die Gefässe, sondern ebenso wie auch bei der Tabes die Parenchymzelle zuerst afficirt; er vermag aber keinen anatomischen Beweis für diese Behauptung beizubringen.

Charcot und ***Dutil*** (Paris), Ueber einen Fall allgemeiner progressiver Paralyse mit sehr vorzeitigem Beginn. (Paralysie générale juvenile). — Archives de Neurologie. März.

Die allgemeine fortschreitende Paralyse ist eine Krankheit des reifen Alters. Alle Autoren stimmen darin überein, dass sie am häufigsten zwischen dem 35. und 50. Lebensjahre auftritt. Erscheint sie ausnahmsweise nach dem 60., so nennt man sie tardif, oder vor dem 25. Jahre so nennt man sie precox. Aeusserst selten ist jedenfalls der von den Verfassern mitgetheilte Fall, in welchem eine vollkommen ausgeprägte allgemeine progressive Paralyse in dem noch vollkommen jugendlichen Alter von 14 Jahren ihren Anfang genommen hatte.

Patient bot bei der 2 Jahre nach Krankheitsbeginn erfolgten Aufnahme in die Anstalt alle für die Paralyse charakteristischen Erscheinungen: Tiefer Verfall des Gedächtnisses und der Intelligenz, sehr ausgesprochene Sprachstörung, Ungleichheit der Pupillen, reflectorische Pupillenstarre, breitspuriger und schwankender Gang. Zittern der Hände, paralytische Anfälle.

Die körperliche Entwickelung war sichtlich zurückgeblieben.

Es war weder hereditäre Syphilis noch irgend eine andere ansteckende Krankheit vorausgegangen. Dagegen bestand eine ererbte neuropathische Veranlagung sowie Alkoholismus des Vaters und zwar als die einzigen Momente, welche als ursächlich in Betracht gezogen werden konnten.

Aehnlich frühzeitig z. Z. der Pubertätsentwickelung entstandene Fälle

Digitized by Google

allgemeiner Paralyse sind bis jetzt kaum 10 publicirt werden. Aus diese lässt sich Folgendes entnehmen:

Die juvenile allgemeine Paralyse entwickelt sich zwischen dem 12. und 16. Lebensjahre. Zuvor war in der Regel vollkommen ungetrübtes psychisches und somatisches Wohlsein vorhanden. Erscheinungen geistiger Schwäche eröffnen die Scene, dann stellen sich — während der Körper sich nicht weiter entwickelt — die charakteristischen somatischen Störungen ein. Es bleibt in der Folge bei der einfachen Demenz; Exaltation und Grössenwahn pflegen sich nicht einzustellen. Dauer 2—5 Jahre. Die Autopsie ergibt die charakteristische Periencephalitis diffusa.

Aetiologisch kommen — mit Ausschluss aller anderen Momente — nur Syphilis und Heredität in Betracht. Auf letzterer beruht der ursächliche Schwerpunkt der juvenilen allgemeinen Paralyse.

Karnfeld und ***Bikeles*** (Wien), **Untersuchungen über das Verhalten der Hautsensibilität, sowie des Geruchs- und Geschmackssinnes bei Paralytikern. — Jahrbücher für Psychiatrie. Bd. XI, H. 3.**

Diese auf von *Krafft-Ebing*'s Klinik angestellten Untersuchungen verdienen volle Beachtung, indem sie mit exacten Methoden an einer grossen Zahl von Kranken durchgeführt, wohl angethan sind, die bisherigen schwankenden und zum Theil widersprechenden Anschauungen zu rectificiren. Die Verff. fanden — im Gegensatz zu den meisten Autoren — dass Anästhesie bei den Paralytikern keineswegs die Regel bildet, *vielmehr* nur eine seltene Erscheinung darstellt. Auch Analgesie fand sich nicht häufig, zumeist dagegen Hypalgesie. Nur in 5 pCt. der Fälle wurden Nadelstiche überhaupt nicht als Stiche erkannt, bei Andern fand sich die Analgesie auf einzelne circumscripte Stellen beschränkt.

Die Untersuchten waren Paralytiker, welche noch über einen gewissen Grad von Intelligenz und Aufmerksamkeit verfügen konnten. Es befanden sich unter diesen einfach Demente, klassische Fälle, auch solche, welche in einem Intermissions- oder Remissions-Zustande waren.

Geprüft wurde der Ortssinn (auch mit dem Tastercirkel) *sowie das Weber*'sche Gesetz mit Bezug auf Druck und Hebung von Gewichten, ferner der Geschmacks- und Geruchssinn.

Die Untersuchung mit dem Tastercirkel ergab stets gewisse Abweichungen, namentlich das Vorhandensein einer oberen und unteren Grenze für Perception zweier Tasteindrücke.

Die Prüfung des *Weber*'schen Gesetzes führte gleichfalls zu Ergebnissen, die von den normalen abweichen; vielfach war die Unterscheidungsfähigkeit in geringem Grade, nur selten aber bedeutend herabgesetzt.

Geruchssinn: Als Resultat der angestellten Untersuchungen *ergab* sich die Unfähigkeit, den Geruch einer Substanz zu qualificiren und mit

Digitized by Google

Hilfe desselben die Substanz zu erkennen. Eigenthümliche Nachwirkungen von Gerüchen zeigten sich bei 4 Untersuchten.

Geschmackssinn: Ergebnisse aus den Untersuchungen an der Zungenspitze und am Rande der Zunge: selten vollkommen richtige Empfindung und Ausdeutung, häufiger differentiale Empfindung aber unrichtige Deutung, zuweilen Mangel jeder differentialen Empfindung.

Beim Berühren mit dem Gaumen: Einige unterschieden gut, die Meisten dagegen verwechselten „bitter" mit „sauer".

Kornfeld und ***Bikeles*** (Wien), Untersuchungen über das Verhalten der Pupillen bei Paralytikern. — Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. XI, H. 3.

Untersucht wurden 58 Fälle. Bei allen wurde die ursprüngliche Weite der Pupillen notirt, sodann die Reaction auf Licht, in einem Theil der Fälle auch die consensuelle Reaction, ferner in sämmtlichen Fällen die accommodative Reaction und die Reaction bei Reizung sensibler Hautnerven geprüft. Alle Fehlerquellen wurden möglichst ausgeschaltet.

Das Resultat ergibt sich aus folgenden Tabellen:

Tabelle I.

Gleichweite Pupillen in 19 Fällen.

Ungleichweite Pupillen in 38 Fällen.

Somit ungleiche Pupillen in $^2/_3$ der Fälle.

Die Pupillen waren myotisch in 8,7 pCt., bei 2 mm in 30,7 pCt., mittelweit in 35,09 pCt., mydriatisch in 25,4 pCt.

Tabelle II.

a) Beim erhaltenen accommodativen — Fehlen der Reaction auf Licht und sensible Hautreize — 21,56 pCt.

b) Reaction auf Accommodation wie auf sensible Hautreize vorhanden — beim Fehlen derselben auf Licht — 18,1 pCt.

c) Reaction auf sensible Hautreize fehlt, während sie auf Accommodation erhalten, auf Licht träge ist — 15,62 pCt.

d) Alle Reactionen vorhanden — 14,66 pCt.

e) Auf Licht träge, accommodativ erhalten wie auf sensible Reize alterirt — 9,48 pCt.

f) Alle Reactionen fehlen — 7,76 pCt.

g) Auf Licht und Hautreize 0 accommodativ? vereinzelt.

Tabelle III.

Die Reaction auf sensible Reize ist vorhanden trotz Hypalgesie beiderseits 14 mal, einseitig 3 mal; dieselbe fehlt ohne Hypalgesie beiderseits 7 mal, einseitig 1 mal.

2 mal fehlt dieselbe trotz bestehender Hyperalgesie.

Digitized by Google

Tabelle IV.

Das Ergebniss der Reaction auf Licht stimmt mit der consensuellen in 63,64 pCt. überein.

Die nähere Ausführung der Tabellen, sowie die sich hieran knüpfenden theoretischen Erörterungen sind im Originale nachzulesen, weil sie für ein kurzes Referat geeignet.

Fronda, Rodrigo (Nocera), Die Peptonurie bei Paralytischen. — Il Manicomio, VIII, 1.

Zunächst gibt Verf. einen Ueberblick über die Geschichte der Peptonurie und die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen der Autoren über dieselbe bei den verschiedensten Erkrankungen. Dann bespricht er kurz die Theorien über dieselbe, deren er 8 anführt, nämlich die hämatogene, die hepatogene, die urogene, die enterogene und endlich die piogene.

Maccabruni war der erste, welcher die Peptonurie bei Geisteskranken beobachtete und zwar in der Provinzialanstalt zu Pavia 1884/85. Er fand bei 307 Untersuchungen 41 mal Peptonurie und zwar 4 mal bei Zuständen heftiger Aufregung, 37 mal bei anderen Gestörten, welche an körperlichen Erkrankungen litten.

Marro (1888) fand bei 22 untersuchten Paralytikern stets Peptonurie, bald höheren, bald geringeren Grades.

Rivano (1889), welcher den Urin von 31 Epileptischen untersuchte, stellte bei den Meisten derselben Peptonurie fest, namentlich unmittelbar nach den convulsiven Anfällen.

Verf. stellte seine Untersuchungen an 17 männlichen in der Irrenanstalt befindlichen Paralytikern an. Er entnahm stets Urinmengen von 800—1000 ccm und prüfte dieselben nach der Methode von *Hofmeister*. (Er gibt eine sehr eingehende Schilderung des von ihm angewandten Verfahrens.) Mittheilung sämmtlicher untersuchten Fälle.

Alle Untersuchten waren conclamirte Paralytiker; nur Einer befand sich im Remissions-Stadium; Einer war marantisch; ein Anderer durch einen chronischen Darmkatarrh heruntergekommen, die Uebrigen rüstig.

Das Resultat war nur bei 3 Untersuchungen negativ und bei einer zweifelhaft, bei allen anderen fiel die Pepton-Reaction mehr oder minder hochgradig aus.

Das specifische Gewicht des untersuchten Urins hielt sich auf der physiologischen Höhe. Die Reaction desselben war sauer, nur einmal neutral, niemals alkalisch.

Albumen war gar nicht, oder nur in kleinster Menge nachzuweisen.

In den untersuchten Urinen des gleichen Individuums war das Pepton zeitweilig vorhanden, um zu anderen Zeiten wieder zu fehlen.

Verfasser zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlussfolgerungen:

Digitized by Google

1. Peptonurie findet sich bei allen Paralytikern, aber nicht zu jeder Zeit.

2. Abwesenheit von Peptonurie schliesst Paralysé nicht aus, wenn die Untersuchung des Urins nicht häufig wiederholt worden ist.

Redlich (Wien), **Zur Charakteristik der reflectorischen Pupillenstarre bei progressiver Paralyse. — Neurolog. Centralblatt, No. 10.**

Die Bedeutung der reflectorischen Pupillenstarre für die Diagnose der progressiven Paralyse ist heute allgemein anerkannt. In einer grossen Zahl von Fällen ist dieselbe auf beiden Augen nachzuweisen, in einer kleinen Zahl bestehen gewisse, wenn auch meist geringe, Differenzen auf beiden Augen, in der Weise, dass das eine Auge bereits reflect. Pupillenstarre zeigt, während das andere auf Lichteinfall noch reagirt.

Während nun eine Congruenz der directen und consensuellen Reaction in allen jenen Fällen besteht, wo beide Augen sich gleich verhalten, fand Verf. ein abweichendes Verhalten bei Ungleichheiten in der Pupillenreaction beider Augen — wie aus seinen mühsamen Prüfungen bei einer grösseren Zahl von Kranken hervorgeht. Wenn nämlich von den beiden Augen das eine auf directen Lichteinfall reagirt, das andere nicht, so zeigt ersteres auch eine consensuelle Reaction, letzteres keine solche, oder mit anderen Worten — das nicht mehr direct reagirende Auge gibt noch zu consensueller Reaction am anderen Veranlassung, während das direct reagirende Auge keine consensuelle Reaction am anderen Auge auszulösen vermag.

Verf. ergeht sich nun in, hier nicht wiederzugebenden, theoretischen Erörterungen über die Erklärung dieses Verhaltens. Er kommt zu dem Schlusse, dass das von ihm festgestellte Verhalten der consensuellen Reaction bei einseitiger Pupillenstarre unbedingt für eine partielle Kreuzung der Pupillarfasern spreche, sowie dass der Sitz dieser Erscheinung nicht im Anfangstheil der centripetalen Bahn des Reflexbogens, auch nicht im Reflexcentrum selbst oder im centrifugalen Theile liegen könne — sondern durch eine Störung bedingt sein müsse, die im centripetalen Theile des Reflexbogens und zwar ziemlich hoch, nahe dem Reflexcentrum, ihren Sitz habe.

Fürstner (Strassburg), **Ueber periphere Neuritis bei progressiver Paralyse. — Diese Zeitschrift. Bd. 48. Heft VI, p. 656.**

Obersteiner (Wien), **Hallucinationen im Verlaufe der progressiven Paralyse. — Internationale klin. Rundschau, No. 4.**

Da die Ansichten der Autoren über die Häufigkeit der Hallucinationen bei der progressiven Paralyse sehr weit auseinander gehen, hat Verf. 194 von ihm beobachtete Fälle hierauf untersucht. Er betrachtet — wegen der

Digitized by Google

Intelligenz-Störung der Paralytiker sein Resultat nicht als ein absolut wohl aber annähernd richtiges.

Er fand nur in 29 Fällen (14,9 pCt.) Erscheinungen, die hieher bezogen werden konnten; oft aber handelte es sich nur um Illusionen und Wahnideen, so dass bei genauer Prüfung nur 20 Fälle übrig blieben, darunter nur 1 Frau.

Diese Hallucinationen wurden in allen Stadien und in allen Formen der Paralyse beobachtet, selbst — wenn auch weit seltener — bis in das demente Stadium hinein.

Sie können auf allen Sinnesgebieten, auch auf mehreren, selbst auf allen, gleichzeitig auftreten; sie sind vielleicht am häufigsten im Gebiete des Gemeingefühls.

Im dementen Stadium der Paralyse kommen häufiger als Hallucinationen Erscheinungen vor, welche gewissermaassen ein Bindeglied zwischen Illusionen und Wahnideen darstellen, z. B. Personenverwechslung, Verkennen von Gegenständen u. dgl. m. im Sinne eines Wahnes.

Lissauer **(Breslau), Klinisches und Anatomisches über die Herdsymptome bei der Paralyse. — Diese Zeitschrift. Bd. 48. Heft III, p. 397.**

Brie **(Bonn), Ueber Herdsymptome bei progressiver Paralyse. — Diese Zeitschrift. Bd. 48. Heft VI, p. 682.**

Ascher **(Dalldorf), Ueber Aphasie bei progressiver Paralyse. — Diese Zeitschrift. Bd. 48.**

Sisaret Fils, **Beobachtung von Selbstmord bei einem allgemeinen Paralytiker. — Annal. méd.-psycholog. Januar und Februar.**

Der Autor theilt folgenden interessanten Fall mit:

Ein 50 Jahre alter Geschäftsmann erkrankte, nach vorausgegangener Tabes, an den Erscheinungen der allgemeinen Paralyse. Er befand sich in einem Depressionszustand mit Versündigungswahn; er wähnte ferner, von seiner Familie verlassen und bedroht zu sein. Von Taedium vitae erfasst, brachte er sich in einem unbewachten Augenblick mittelst eines Tischmessers eine Wunde im linken vierten Intercostalraum bei, welche nach 14 Tagen wieder geheilt war. Damals äusserte Patient wiederholt sein Bedauern, sich nicht besser getroffen zu haben; er sei sehr unglücklich über diese neue Sünde, der er sich schuldig gemacht habe. Doch versprach er, niemals wieder einen Selbstmordversuch zu machen.

In der Folge nahm die geistige Abschwächung allmälig zu, während der Versündigungswahn immer wieder von Zeit zu Zeit mit Entschiedenheit geäussert wurde.

4 Monate nach dem ersten Conamen suicidii sollte ein zweites zum

Digitized by Google

Ziele führen. Patient wurde plötzlich in Gegenwart der Wärter bleich — man fand 2 Wunden in der Herzgegend; in der einen, im fünften Intercostalraum befindlichen, Wunde steckte ein Baumzweig 5 cm tief. Da man in der Tasche des Kranken 2 lange und schmale vertrocknete, knochenhart gewordene Brotrinden auffand, zugespitzt und an ihren Enden blutig, so musste man annehmen, dass der Unglückliche, bei wohl vorhandener Analgesie, mit diesen Brotrinden die Haut durchstossen und dann den Baumzweig in die Oeffnungen eingeführt habe, um das Herz zu treffen. Der Tod trat folgenden Tags ein. Leider wurde die Autopsie nicht gestattet. Doch konnte man sich beim Sondiren mit dem Finger überzeugen, dass das Pericardium geöffnet und die Oberfläche des Herzens an mehreren Stellen rauh anzufühlen war.

Der Fall beansprucht entschiedenes Interesse, als ein Ausnahmsfall. Der hartnäckige Selbstvernichtungstrieb mit so planvoll überlegtem Vorgehen verdient alle Beachtung — bei einem bereits geistig erheblich geschwächten Paralytiker!

Boubila, Hadjès* et *Cossa, Ueber die Anwendung des Chlorgold-Natrium bei der allgemeinen progressiven Paralyse. — Annales médico-psychologiques. Januar-April.

Einleitend besprechen die Verfasser die Syphilis-Aetiologie der allgemeinen progressiven Paralyse und zeigen sich für dieselbe wenig eingenommen. Sie wollen die Beweise der Statistik nicht gelten lassen und haben nur negative Resultate bei einer 5 Jahre lang fortgesetzten Anwendung von Quecksilber und Jodkalium bei ihren Paralytikern erzielt. Sie wollten deshalb die Resultate der Behandlung mit einem andern antisyphilitischen Medicamente kennen lernen, das allerdings wenig verbreitet ist, aber von *Chrétien* in Montpellier sehr gerühmt wird. Es ist dies das Chlorgold-Natrium. Sie haben dieses Medicament bei 4 Paralytikern im Initialstadium, bei 9 auf der Höhe der Erkrankung und bei 8 im letzten Stadium, im Ganzen also in 21 Fällen angewandt.

Die Kranken erhielten zuerst 2 mg, dann wurde die Gabe alle 14 Tage um das gleiche Quantum gesteigert bis zur Dose von 1 cg, welche der letzten 14 Tage der Kur in Anwendung kam. Alsdann wurde eine Pause von 1 Monat gemacht, nach welcher die gleiche Behandlung wiederholt wurde.

Aus den mitgetheilten Krankenskizzen ergeben sich folgende Resultate:

In den 4 Fällen der ersten Gruppe trat jeweils Remission ein, zumeist mit bedeutender Erhöhung des Körpergewichts und der dynamometrisch gemessenen Muskelkraft.

Unter den 9 Fällen der zweiten Gruppe wurde bei 2 Besserung des psychischen Befindens festgestellt, bei 4 eine Zunahme des Körpergewichts, bei 2 eine Hebung der dynamometrischen Kraftprobe.

Digitized by Google

Bei den Kranken der dritten Gruppe wurde der Geisteszustand während der Behandlung nicht beeinflusst, bei einigen derselben das Körpergewicht und die Muskelkraft gehoben.

Ueberall wurde auch in gleichem Grade, in welchem sich die Körperernährung hob, eine Vermehrung der Blutkörperchen durch die Untersuchung festgestellt.

Verff. ziehen folgende Schlüsse aus ihren Beobachtungen:

Das Chlorgold-Natrium erweist sich als wirksam in der ersten Periode der allgemeinen Paralyse, indem es Remissionen vermittelt, es erweist sich in der zweiten Periode nützlich, indem es die Chancen der Widerstandsfähigkeit erhöht, in der dritten indem es den Eintritt des unabweisbaren letalen Ausgangs verzögert.

Hierdurch ist der Beweis erbracht, dass das Medicament günstig auf die allgemeine progressive Paralyse einwirkt.

Dagegen reichen die bisherigen Untersuchungen auch nicht aus, um die Frage nach dem syphilitischen Ursprung dieser Erkrankung zu beantworten.

Die Autoren halten deshalb ihre Arbeit noch nicht für abgeschlossen, wollen dieselbe vielmehr bei günstiger Gelegenheit weiter fortsetzen.

***Rabow* (Lausanne), Bemerkungen über die Ursachen der Dementia paralytica im Allgemeinen und über ihr Auftreten im Canton Wallis im Besonderen. — Extrait du recueil inaugural de l'université de Lausanne. (Referat im Neurolog. Centralblatt, No. 21.)**

Nach allgemeiner Annahme ist die Paralyse eine Krankheit der Civilisation, welche besonders gewisse Stände in hohem Grade heimsucht. Dagegen bestehen noch keine übereinstimmenden Anschauungen über den ätiologischen Einfluss der Heredität, der Syphilis und des Alcoholismus. Nach *Rabow*'s Ansicht ist der Einfluss der Heredität bei anderen Psychosen grösser als bei der Dementia paralytica. Alcoholismus und Syphilis sind in grossen Städten sehr verbreitet und spielen in der Anamnese vieler Erkrankungen eine Rolle. Bezüglich der geographischen Verbreitung ist die Erkrankung in Frankreich, Deutschland, England, Italien und Amerika sehr häufig, in Schweden, Norwegen, Schottland, Irland und Japan sehr selten, bei den Arabern fast unbekannt.

Im Canton Wallis ist die Paralyse die seltenste aller Psychosen. Beim Vergleich der Zahl der Paralytiker in den Anstalten zu Eberswalde, Hildesheim und Owinsk mit derjenigen der walliser Anstalt Bois de Céry ergibt sich eine erhebliche Minderzahl für [illegible] in dieser litten nur 4 pCt. der aufgenommenen Geisteskranken [illegible] Die[illegible] sich schon sehr niedere Zahl sinkt sogar auf 1,1 pCt. [illegible] bt cantonale Kranken abzieht. Von allen paral[illegible] [illegible]en 3/4 in

Digitized by Google

Leben in den grossen Städten des Auslandes zugebracht und dort ihr Leiden erworben, während der in der Heimath verbleibende Walliser gegen die Paralyse ziemlich immun sich verhält.

Verf. erklärt sich die Seltenheit der Paralyse im Canton Wallis aus dem Charakter und der Lebensweise der Eingeborenen. Sie sind von friedlichem und ruhigem Temperamente, frei von Ehrgeiz und Stolz; sie bewohnen keine grossen Städte, treiben vorwiegend Landwirthschaft und erfreuen sich einer grossen Wohlhabenheit. Der Kampf ums Dasein ist in diesem glücklichen Ländchen nicht schwer und erfordert keine geistige Ueberanstrengung. Nur selten trifft man in der Anstalt Céry erregte Kranke, weil eben der Volkscharakter ein ruhiger ist; auch die aus dem Canton stammenden Paralytiker treten nicht agressiv auf und haben keine Ueberschätzungsideen; sie leiden zumeist an der dementen Form der Paralyse.

Die Syphilis findet sich im Canton Wallis selten, während die Tabes häufig auftritt. Somit kann daselbst die Lehre der Abhängigkeit der Tabes von der Syphilis keine Bestätigung finden. Auch einen directen causalen Zusammmenhang zwischen Syphilis und Paralyse stellt Verf. in Abrede, er gibt nur zu, dass erstere den ganzen Organismus schwäche und dadurch den Boden für die Paralyse vorbereite.

Der Alcoholismus scheint *R.* gleichfalls keine hervortretende ätiologische Rolle bei der Paralyse zu spielen, denn es wird von den Wallisern viel Wein getrunken; auch die Schweden consummiren viele alkoholreiche Getränke und werden nur selten paralytisch.

Evrard, Henri, **Beitrag zum Studium der Aetiologie der allgemeinen Paralyse. — Thèse de Paris. 1892.**

Verf. sucht in seiner These aus 52 zusammengestellten Fällen einen Beitrag zur Aetiologie der allgemeinen Paralyse zu geben.

Die häufigsten Ursachen waren:

1. Die ererbte Anlage zu Gehirncongestionen und zu Allem, was diese begünstigt.
2. Der Alcoholismus, bei schon anderweitig vorbereitetem Boden.
3. Die Syphilis, an deren Einfluss kein Zweifel mehr bestehen könne.

Wilson (Edinburg), Ueber die Diathese der allgemeinen Paralyse. — The Journal of mental science. Januar.

Verf. glaubt, dass die allgemeine Paralyse in erster Linie auf einer [illegible] beruhe, auf einer anatomischen Anlage, einer ererbten Tendenz [illegible]nkhaften Gehirnconstiution.

[illegible] anderen angenommenen Ursachen sollen erst in zweiter [illegible] kommen. So erzeugen z. B. die so vielfach angeschul[illegible]se entschieden häufiger Neurasthenie oder Melancholie [illegible]ser nahe verwandte Masturbation wohl niemals

Digitized by Google

dieselbe. Aehnlich verhält es sich mit alkoholischen Excessen, welche an sich viel öfter eine alkoholische als eine paralytische Störung im Gefolge haben. Analog soll es sich mit Sonnenstich, Syphilis, Ueberanstrengung u. s. w. verhalten. Auch wirken die zahlreichen von den Autoren angeschuldigten Ursachen auf unendlich viele Menschen ein, ohne dass dieselben jemals an Paralyse erkranken.

Die Wichtigkeit des erblichen Factors für die Entstehung der Paralyse beweisen die, wenn auch seltenen, Fälle der Erkrankung im jugendlichen Alter z. Z. der Entwicklung.

Thatsächlich wird aber auch die allgemeine Paralyse nicht so ganz selten als „Familienkrankheit" beobachtet. Verf. sah in der Anstalt zwei Brüder, zwischen 40 und 45 Jahre alt, welche beide paralytisch waren; deren Vater war Alkoholist und starb an Gehirnapoplexie, die Mutter war sehr heftigen Temperaments und gleichfalls Alkoholistin. In einer anderen erblich belasteten Familie wurde Vater und Sohn im gleichen Lebensalter paralytisch. Endlich citirt Verf. noch aus der Literatur (*Savage* und *Clouston*) einen Fall von Erkrankung zweier Zwillingsbrüder an allgemeiner Paralyse.

Solche Beobachtungen scheinen den Autor zu Gunsten einer „paralytischen Diathese" zu sprechen, deren Natur wir aber heute noch nicht zu definiren vermögen. Ist diese Diathese sehr entwickelt, so kann sie allein die Erkrankung hervorrufen, ist sie weniger prononcirt, so wird es noch der Einwirkung einer oder mehrerer Gelegenheitsursachen bedürfen zum Ausbruch der allgemeinen Paralyse; die letzten Fälle dürften entschieden die häufigeren sein.

Nach des Verf. weiteren Forschungen haben nun auch die künftigen Paralytiker schon in gesunden Tagen einen „paralytischen Charakter", der sich namentlich in einem ausgesprochenen „sanguinischen Temperamente" dokumentirt.

In der Schule sind sie zumeist activ und intelligent. Erwachsen wechseln sie leicht ihren Beruf aus Geschmack und Ehrgeiz und führen ein ruheloses Leben. Einen constanten physischen Typus findet man nicht bei den Opfern der allgemeinen Paralyse. In der Regel sind sie wohl genährt und haben kein neurotisches, phthisisches oder anderweitig delikates Aussehen; sie zeigen vielmehr eine feste Constitution, sind vollblütig und kräftig, mit guter Nervenkraft und Ausdauer für Strapazen ausgerüstet.

In ihren Lebensanschauungen sind sie nicht gross angelegt, gut aber egoistisch; mit grossem Hang zum Vergnügen und unfähig, für andere Opfer zu bringen. Sie erweisen sich als leichtlebige Optimisten. Sie sind mit grossem Sexualismus begabt und geben sich übermässigen geschlechtlichen Genüssen hin.

In der Aussenwelt lieben sie es, eine Rolle zu spielen und in der Geselligkeit hervorzutreten. Dabei zeigen sie wenig Sinn für speculative, ··wiegend vielmehr für praktische Interessen.

Digitized by Google

Schliesslich fasst der Autor das Bild nochmals in folgenden Zügen zusammen: Mittlere Intelligenz und gesunder Sinn, Ehrgeiz und Energie, Geselligkeit und ein grosser Hang zum Vergnügen, eine hohe Meinung von der eigenen Person, Vorliebe für schöne Frauen, weiter Tendenz zu Excessen, zum Egoismus und zur Ruhelosigkeit.

***Macpherson* und *Wallace*, Ueber die chirurgische Behandlung der allgemeinen Paralyse. — Brit. med. Journ., No. 1647.**

Bathy Tuke, *Claye Shaw* und *Harrison Cripps* haben in den letzten Jahren zu wiederholten Malen versucht durch die Trepanation des Schädels und Eröffnung der Dura in den regelmässigen Verlauf der progressiven Paralyse einzugreifen, indem sie von der Ansicht ausgingen, dass die Erkrankung mit einer profusen Bildung und Ansammlung eines flüssigen Exsudates einhergeht, dessen Druck auf das Gehirn als eine der Hauptursachen der vorhandenen Symptome anzusehen wäre. *M.* und *W.* operirten neuerdings fünf Fälle von progressiver Paralyse in der angegebenen Weise. Sie glauben zwar nicht, dass der von dem vermeintlichen Exsudate ausgeübte Druck wirklich existirt oder irgendwie in Betracht gezogen werden kann, nehmen aber an, dass die Eröffnung der Dura von demselben Standpunkt beurtheilt werden kann, wie ein gewöhnlicher chirurgischer Eingriff bei jedem beliebigen entzündlichen Vorgang im Körper; die erste Aufgabe des Einschnittes bei einem in Bildung begriffenen Abscesse ist die entzündliche Spannung herabzumindern und die natürlichen Producte des krankhaften Vorganges zu entfernen. Es liegt nahe anzunehmen, dass die Cerebralflüssigkeit bei der progressiven Paralyse solche „Entzündungsproducte" enthält, trotzdem ihre Anwesenheit bisher nicht constatirt wurde, und dass die Entfernung derselben durch das Abfliessenlassen der Flüssigkeit auch von einem gewissen Erfolg sein kann. Doch scheinen die thatsächlichen Erfolge der Operation in diesen 5 Fällen, trotzdem der chirurgische Theil ohne jede Störung verlief und die Wunden (in 2 Fällen wurde die Trepanation gleichzeitig an beiden Seiten in der Gegend des unteren Theiles des Sulc. Rolandi ausgeführt) stets per primam heilten, beinahe gleich Null geblieben zu sein. Es konnte zwar in allen Fällen, mit Ausnahme eines einzigen, eine Besserung im psychischen Zustand des Kranken constatirt werden, die „ein bis zwei Wochen" anhielt. Das war aber auch alles, in einem Falle war nicht einmal dies zu constatiren. *S.*

***Klippel*, Ueber die Pseudo-Paralysie générale arthritique. — Revue de Médecine. April, p. 280.**

Verf. stellt die Hypothese auf, dass bei „Arthritikern" eine Pseudo-Dementia paralytica auftreten könne, verursacht durch Atherome, welche sich in den kleineren und grösseren Gehirnarterien ausgebildet haben.

Eine ausführlich mitgetheilte Krankengeschichte mit autoptischem Befund wird als Beleg für diese „Pseudo-Paralysie générale" angeführt.

Digitized by Google

Hüfler (Chemnitz), **Progressive Paralyse bei einem 21jährigen Mädchen nach vorhergegangener syphilitischer Infection. — Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 2, H. 5 u. 6.**

Angeregt durch *Strümpell's* Darstellung eines Falles von progressiver Paralyse bei einem 13jährigen Mädchen theilt Verf. folgenden selbstbeobachteten Fall mit.

Das untersuchte 21jährige Mädchen, das zeitweise wie „angetrunken" war, zeigte ungleich weite Pupillen, ruckweise vorgestreckte Zunge, beträchtliches Zucken der Gesichtsmusculatur beim Sprechen und ausserordentlich starke artikulatorische Sprachstörung; weiter leichten Tremor der Hände und etwas Unsicherheit in den Bewegungen. Patellarreflexe sehr lebhaft.

Patientin bekundete starke Euphorie, war bei der Untersuchung ausgelassen lustig und äusserte bescheidene Grössenideen.

Sie war damals bereits mehr als ein Jahr in ihrem Charakter verändert, vergesslich, urtheilsunfähig und leicht erregbar geworden. Bei Tag machte sie Verkehrtheiten, bei Nacht war sie oft sehr aufgeregt.

Die Anamnese ergab, dass Patientin im 5. Lebensjahre sich durch Kuss einer an Lues erkrankten Person eine Initialsklerose an den Lippen zugezogen hatte, ebenso ihre 4jährige Schwester. Während nun unsere Kranke niemals wieder Symptome von Syphilis gezeigt haben soll, litt die jüngere Schwester später noch wiederholt an „Geschwüren an den Lippen"; diese blieb aber psychisch vollkommen wohl. Also nach anscheinend leichterer luetischer Infection — progressive Paralyse, nach schwerer — keine Gehirn-Affection.

Mehrere Autoren haben bereits darauf aufmerksam gemacht, dass postsyphilitische nervöse Erkrankungen mit Vorliebe auf Fälle mit ganz geringen secundären Erscheinungen folgen.

Obersteiner (Wien), **Die Beziehungen der Syphilis zur progressiven Paralyse. — Internationale klinische Rundschau, No. 4.**

Verfasser ist im Stande, auf Grundlage des Krankenmaterials seiner Anstalt den von ihm in früheren Arbeiten dargelegten Zusammenhang zwischen Syphilis und Dementia paralytica in seinem ganzen Umfange zu bestätigen. Befanden sich doch unter 74 syphilitisch inficirten Geisteskranken nur 2 Tobsüchtige, 4 Melancholische und 2 Verrückte, dagegen 66 Paralytiker!

Nur in jenen Fällen wird Syphilis als ursächliches Moment angenommen, in denen eine Infection als sicher constatirt war (noch nachweisbare unzweifelhafte Spätformen oder absolut sichere Anamnese). Syphilis und Geistesstörung mit Lähmung trafen zusammen bei 33,7 pCt. der männlichen Kranken; während 88,9 pCt. der ehemals mit Syphilis behafteten Personen, später als geisteskrank in die Anstalt kamen, der progressiven

Digitized by Google

Paralyse verfielen. Während Syphilis in 66, konnte Heredität nur in 25, geistige Ueberanstrengung nur in 18 Fällen als ursächliches Moment angeschuldigt werden. Bei der Gesammtzahl der nicht paralytischen Geisteskranken wurde nur in 3,4 pCt. vorausgegangene Syphilis anamnestisch festgestellt (also 33,7 pCt. gegen 3,4 pCt.!).

Wichtig ist des Verf.'s Nachweis, dass die Paralyse sich am liebsten gerade zu einer Zeit einstellt, welche dem Auftreten der syphilitischen Spätformen entspricht.

Um aber zu beweisen, dass die allgemeine Paralyse thatsächlich durch die syphilitische Allgemeinerkrankung bedingt sei, müsste der Nachweis erbracht werden, dass Lues überhaupt solche anatomische Veränderungen zu setzen pflegt, welche im centralen Nervensystem eine Uebereinstimmung mit den Befunden der progressiven Paralyse bekunden.

Diesen Beweis hält Verf. für erbracht. Denn der langsam verlaufende Entzündungsprocess mit Tendenz zu Sklerose und Atrophie, welcher sich im Centralnervensystem, namentlich in dessen gefässreichsten Theilen bei Paralytikern findet, stimmt ganz mit der Sklerose überein, welche in anderen Organen, z. B. in der Leber bei Syphilitischen vorgefunden wird.

Hieraus ergiebt sich der Schluss:

Der Syphilis kommt eine wesentliche ätiologische Bedeutung für die Entwickelung der Dementia paralytica zu, und zwar ist diese Bedeutung häufig eine directe, die Dementia paralytica demnach den übrigen Spätformen der Syphilis anzureihen.

Jakobson (Copenhagen), Das Verhältniss zwischen allgemeiner Paralyse der Irren und Syphilis. — The Journal of Mental Science. April.

Verf. gibt zunächst einen historischen Ueberblick über sein Thema. Zwei Theorien stehen sich diametral gegenüber, deren eine die Syphilis als die alleinige Ursache der allgemeinen Paralyse ansieht, während die andere in der der Paralyse vorausgegangenen Syphilis ein zufälliges Zusammentreffen erblickt. Die Mehrheit der modernen Psychiater dagegen erkennt in der vorausgegangenen Syphilis einen wichtigen ätiologischen Factor bei der Entwickelung der allgemeinen Paralyse, aber keine Conditio sine qua non.

Eine Anzahl Forscher nimmt an, die Syphilis übe einen directen Einfluss auf das Gefässsystem des Gehirns; die Paralyse sei also eine directe syphilitische Gehirnerkrankung. Die Majorität dagegen theilt nicht diesen Standpunkt, sie betrachtet vielmehr die Paralyse als eine Erkrankung in einem Gehirn, welches durch vorausgegangene Lues abgeschwächt und widerstandslos wurde, so dass nunmehr alkoholische und andere Excesse, Klimacterium etc. ihren schädigenden Einfluss entfalten können. Durch solche

Digitized by Google

Einflüsse entstehen nun Gehirncongestionen, Austritt von Plasma und Blutkörperchen etc. und schliesslich chronische diffuse Periencephalitis. Für diese Auffassung sprechen namentlich die Fälle, in welchen die Syphilis lange Zeit der Paralyse vorausgegangen ist.

Fragen wir worauf stützt sich die Theorie des syphilitischen Ursprungs der Paralyse? Zunächst auf die Statistik, welche nach den Forschungen zahlreicher Autoren zweifellos ergibt, dass Syphilis bei Paralytikern ungemein viel häufiger als bei allen anderen Irren vorausgegangen sei. Weiter auf den gleichfalls syphilitischen Ursprung der Tabes und die nahe Verwandtschaft derselben mit der allgemeinen Paralyse (der gleiche Krankheitsprozess in verschiedener Localisation). Da wo Syphilis selten, ist auch allgemeine Paralyse selten. Haben die meisten bisherigen Erhebungen nur verhältnissmässig kleine Procente von Syphilis bei den paralytischen Frauen ergeben, so liegt dies wesentlich an der Schwierigkeit, dieses Verhältniss bei Frauen festzustellen; Verf., welcher unter sehr günstigen Umständen seine Untersuchungen anstellen konnte, hat bei 50 und mehr Procent den positiven Erweis der vorausgegangenen Lues erbracht.

Alle anderen ätiologischen Factoren treten gegenüber der vorausgegangenen Syphilis an Häufigkeit bedeutend zurück. Verf. fand nur bei 23 pCt. Alcoholismus, bei 28 pCt. Heredität (mehrfach aber zugleich auch Syphilis!). Gemüthserschütterungen, Kopfverletzungen und andere Ursachen waren nur mit kleinen Zahlen vertreten.

Unter den Frauen begann die Paralyse bei 40 pCt. im Klimacterium, bei 40 pCt. vor und bei 20 pCt. nach diesem Zeitraume. Also kann bei der weiblichen Paralyse kein entscheidender Werth auf das klimacterische Alter gelegt werden.

Schliesslich betont der Autor, dass er zwar in der Syphilis das weitaus wichtigste Moment für die Aetiologie der Paralyse sieht, dass er aber die anderen einwirkenden schädlichen Momente als Hilfsursachen gelten lässt.

Popow (Charkow), Dementia paralytica syphilitica. — ***Kowalesky***'s Archiv, Bd. XVIII, H. 4. (Referat im Centralblatt für Nervenheilkunde etc. August.)

Verf. theilt 4 Fälle von progressivem Blödsinn in Verbindung mit paralytischen Symptomen in sehr eingehender Weise mit. In allen diesen Fällen fehlte jede Wahnbildung; die Störung zeigte weder einen maniakalischen, noch einen melancholischen oder hypochondrischen Charakter.

Der Autor will Fälle dieser Art von der syphilitischen Pseudoparalyse trennen, um sie als „Dementia primaria paralytica syphilitica" zu bezeichnen. Besonders charakteristisch sei das gleichgültige Hindämmern dieser Kranken, nur in einem Falle war explosive Zornmüthigkeit vorhanden.

Digitized by Google

Raymond (Paris), Syphilis und allgemeine Paralyse. — Bulletin médical, No. 30. 13. April.

Verf. theilt hier die Krankengeschichten von 4 syphilitisch inficirten Paralytikern mit und schliesst daran eingehende Betrachtungen über die Beziehungen der Syphilis zur progressiven Paralyse.

Er kommt zu dem Resultate, dass es der Erfahrung völlig widerspreche, wenn man bei allen Paralytikern vorausgegangene Syphilis annehmen wolle. Ebenso wenig treffe die Annahme zu, dass die Syphilis des Gehirns keine rechte Paralyse hervorrufen könne. Die luetischen Veränderungen des Gehirns können auch eine wahre Paralyse symptomatologisch zur Erscheinung bringen. Ferner kommen bei jungen Leuten Paralysen vor, die sich auf Grund ererbter Syphilis entwickelt haben.

Differential-diagnostisch hebt Verf. hervor, dass die specifische progressive Paralyse einen mehr chronischen Verlauf und geringere Neigung zu Remissionen als die gewöhnliche Paralyse aufweise.

Oebeke (Bonn), Zur Syphilis des Centralnervensystems und der Psychosen. — Diese Zeitschrift. Bd. 48. Heft I, p. 34.

Erlenmeyer (Benndorf), Ueber eine durch congenitale Syphilis bedingte Gehirnerkrankung. — Diese Zeitschrift. Bd. 48. Heft III, p. 381.

Régis, E., Syphilis und allgemeine Paralyse. — Archiv. clin. de Bordeaux I, 7, 8. *Schmidt*'s Jahrbücher.

R. gibt zunächst einen geschichtlichen Ueberblick. Unter den neuesten Arbeiten sind besonders erwähnenswerth die Thesen von *Bonnet* und von *Anglade*. Jener fand unter 81 Paralytikern 54 mit sicherer, 11 mit wahrscheinlicher, 6 mit zweifelhafter Syphilis, unter anderen Geisteskranken 13 pCt. mit Syphilis. *Anglade* fand unter 37 paralytischen Weibern 30 mit sicherer, 5 mit wahrscheinlicher Syphilis. *R.* sucht dann durch eine Zusammenstellung der brauchbaren Statistiken die Häufigkeit der Syphilis bei Paralytischen darzuthun. Er selbst hat 85 pCt. gefunden (gegen 8 pCt. bei anderen Geisteskranken). Er betont die Parallelität beider Krankheiten: wo Syphilis selten ist, ist Paralyse selten. Die scheinbare Ausnahme, dass in manchen Ländern mit häufiger Syphilis Paralyse selten ist (Serbien, Nordafrika) erklärt sich durch die Gehirnbeschaffenheit der Einwohner. Erst eine gewisse Ueberreizung des Gehirns macht dieses zu einem geeigneten Boden für die Entwicklung der Paralyse. Fernere Argumente sind die relative Häufigkeit der Syphilis und der Paralyse bei den Männern gegenüber den Weibern, bei gewissen Ständen (Grossstädtern im Allgemeinen, Officieren, Literaten) gegenüber anderen (Geistlichen, Quäkern), bei Prostituirten im weiteren Sinne des Wortes gegenüber anständigen Frauen.

Digitized by Google

Mit Nachdruck hebt *R.* die Schwierigkeiten des Nachweises früherer Syphilis bei Paralytischen (Demenz des Kranken, Unwissenheit oder Nichtwollen der Angehörigen) und die mit der Sorgfalt der Anamnese in gleichem Maasse steigende Häufigkeit der Syphilis hervor. Ganz besonders aber beschäftigt sich *R.* mit der Paralyse bei Jugendlichen und bei Eheleuten. In einer Tabelle hat er 14 Fälle von Paralyse bei jungen Leuten von 13—19 Jahren zusammengestellt. Der älteste Fall rührt von *Clouston* (1877) her, der jüngste von *Charcot* und *Dutil*. Das Verhältniss der Geschlechter ist hier 9 männliche zu 5 weiblichen Kranken, am häufigsten scheint die Krankheit in der Pubertät zu beginnen, Wahnvorstellungen spielen in der Regel eine grosse Rolle. Die hérédité cérébrale findet sich in fast allen Fällen. Hereditäre Syphilis ist in den 11 neueren Fällen 9 mal nachgewiesen, einmal nicht gesucht und nur einmal trotz Suchens nicht gefunden worden. Zahlreich sind die Beobachtungen von Paralyse bei Eheleuten, die einander die Syphilis gebracht hatten. *R.* theilt einige neuere Fälle dieser Art mit. Eine verwandte Beobachtung merkwürdigster Art hat *Bélières* gemacht: Ein syphilitisches Frauenzimmer steckte im Laufe der Jahre 1870—72 4 Männer, deren Geliebte sie war, an: 1 Mediciner stirbt nach $3^1/_2$ Monaten an „Meningitis syphilitica", 2 andere Mediciner und der 4. Mann starben nach 14, bezw. 16 Jahren an progressiver Paralyse, das Frauenzimmer aber verheirathet sich 1886 und bekommt ein gesundes Kind. *S.*

Raymond (Paris), Aetiologie der Tabes dorsalis. — Le Progrès médicale. Juni.

Die Tabes ist überwiegend eine Krankheit des reifen Alters (zwischen 30 und 45 Jahren). Sie tritt viel häufiger bei Männern als bei Frauen auf. Die directe Erblichkeit spielt bei ihr eine geringe, die indirecte eine etwas grössere Rolle, wohl aber nur im Sinne der Prädisposition.

Erkältungen, körperliche Ueberanstrengungen, sexuelle Excesse und traumatische Einwirkungen können nur in einer kleinen Zahl von Fällen angeschuldigt werden.

Die Syphilis wird von der überwiegenden Zahl der modernen Autoren als das wichtigste ätiologische Moment angeschuldigt; die Gegner dieser Anschauung sind seit 10 Jahren viel seltener geworden. Zunächst ist es eine grosse Statistik, welche für vorausgegangene Syphilis spricht. (Anführung der überzeugenden Statistiken von *Minor*, *Noegali*, *Rumpf*, *Strümpell*, *Fournier*, *Erb*.) Verf. selbst hat unter seinem Beobachtungsmateriale bei 90 pCt. der Tabetiker vorausgegangene Lues festzustellen vermocht.

Die Gegner der „syphilitischen" Tabes berufen sich theils auf die Unwirksamkeit der antisyphilitischen Medication, theils auf die Localisation und Qualität der spinalen Veränderungen. Diese Einwände sind aber

Digitized by Google

hinfällig, denn wenn auch die Tabes syphilitischen Ursprungs ist, so sind doch die durch dieselbe gesetzten Veränderungen keineswegs syphilitische im gewöhnlichen Sinne des Wortes. Sie sind nicht direct durch das specifische Virus (die syphilitischen Bakterien) bedingt, sondern durch Toxine, welche sich erst in späterer Zeit aus demselben entwickeln. Diese schädigen aber das Rückenmark nach und nach in so intensiver Weise, dass eine Reparatur durch medicamentöse Mittel nicht mehr möglich ist.

Schlussfolgerung: Es ist gar nicht bewiesen, aber in hohem Grade wahrscheinlich, dass die Syphilis einen directen oder indirecten Antheil bei der Entwicklung der Tabes dorsalis nimmt, wenn diese Erkrankung bei einem Syphilitischen auftritt. Tabes kann sich aber auch ohne Vermittlung der Syphilis entwickeln.

Erb (Heidelberg), Ueber syphilitische Spinalparalyse. — Neurolog. Centralblatt, No. 6.

Verf. theilt hier eine eigenartige Form von Spinal-Paralyse syphilitischen Ursprungs mit, welche sich von der gewöhnlichen Myelitis transversa dorsalis unterscheidet.

Die Kranken zeigen bei oberflächlicher Betrachtung das bekannte Bild der spastischen Spinallähmung in Gang, Haltung und Bewegung, dagegen sehr gesteigerte Sehnenreflexe, aber verhältnissmässig nur geringe Muskelspannungen, eine regelmässige Betheiligung der Blase, dagegen meist nur geringe, aber doch stets nachweisbare Störungen der Sensibilität. Erhebliche Schmerzen pflegen dabei nicht besonders hervorzutreten. Muskelatrophien fehlen; Arme, Kopf, Hirnnerven bleiben frei.

Die Entwicklung des Leidens ist meist eine allmälige bis zur hochgradigen spastischen Parese, nur selten bis zur Paraplegie.

Contracturen sind selten. Die sexuelle Potenz ist abgeschwächt.

Die elektrische Erregbarkeit bleibt unverändert, ebenso Intelligenz und Sprache.

Das Leiden zeigt eine unverkennbare Tendenz zur Besserung oder wenigstens zum Decennien dauernden Stillstand.

Die Diagnose dieses Leidens ist leicht zu stellen. Dasselbe bildet eine einheitliche und wohl charakterisirte Krankheitsform.

Die Abhängigkeit der Erkrankung von vorausgegangener Syphilis dürfte kaum in Zweifel zu ziehen sein. Es pflegt verhältnissmässig früh nach der syphilitischen Infection sich einzustellen (viel früher als die Tabes).

Der Sitz der Erkrankung ist im Dorsalmark zu suchen — und zwar in geringer Längenausdehnung, ohne nothwendig den ganzen Querschnitt des Markes zu ergreifen. Es handelt sich um eine symmetrisch gelagerte partielle Querschnittsläsion der hinteren Rückenmarkshälfte.

Digitized by Google

Proksch, J. K., **Die Literatur über die venerischen Krankheiten von den ersten Schriften über Syphilis aus dem Ende des fünfzehnten Jahrhunderts bis Ende 1889. 3. (Schluss-) Band. Besonderer Theil II: Syphilis und Hydrargyrose. — Bonn. Verlag von Peter Hanstein. 1891.**

Der vorliegende Band ist der Schlussband einer mit grossem Fleiss durchgeführten Arbeit betreffend die venerischen Krankheiten. Verf. hat in diesem Band mit staunenswerther Genauigkeit die Literatur der Syphilis zusammengetragen, geordnet und auf diese Weise ein umfassendes Nachschlagebuch von grösster Gründlichkeit geschaffen. Die Eintheilung ist eine zur Orientirung recht bequeme und übersichtliche. Die Ausstattung des Werkes ist eine gute. S.

---

8. Epilepsie, Hysterie, moralisches Irresein.
Ref.: Stark-Stephansfeld.

Peterson, F., **Die Fürsorge für die Epileptischen. — The Journal of nervous and mental dis. August.**

P. berichtet, dass in dem Staate New-York allein über 1000 Epileptiker in Irrenanstalten und Armenhäusern untergebracht sind. Er setzt die Nachtheile auseinander, welche ein derartiges Zusammensein für beide Teile mit sich bringt und fordert getrennte Anstalten für Epileptiker. Besonders anerkennend spricht *P.* sich über die Bielefelder Anstalten aus, die er im Jahre 1886 besuchte, und die er als nachahmenswerthes Muster hinstellt. *Vorster.*

Bellat, **Contribution à l'étude de l'épilepsie symptomatique. — Ann. méd.-psychol. März, April.**

Ein 34jähriger nicht erblich belasteter Weber war bis zu seinem 34. Jahre (1883) gesund. Zu dieser Zeit wurde er durch den plötzlichen Angriff eines Hundes sehr erschreckt und bekam in Folge dessen nach einigen Tagen einen epileptischen Anfall, welcher von da an alle 14 Tage wiederkehrte. Nach dem Anfalle wurde mehrfach vorübergehende Lähmung und Aphasie beobachtet. Aura und epileptischer Schrei fehlten. Anfangs waren nur Convulsionen in der rechten Gesichtshälfte und im rechten Arme vorhanden, nach einigen Monaten wurden die Convulsionen allgemein. Von Juni 1885 an blieben die Krampfanfälle weg, dagegen stellte sich starkes Kopfweh ein, die Intelligenz nahm ab, die Sprache wurde erschwert, und wenn sich Pat. bückte, so fiel er um.

Digitized by Google

Im weiteren Verlauf traten öfter Schwindelanfälle auf, es entwickelte sich hochgradige Muskelschwäche, die Sprache wurde fast unverständlich und das Schlucken ausserordentlich schwer. An einer schnell verlaufenden Lungentuberculose starb der Kranke Ende September 1889.

Die Section ergab eine sarcomatöse Geschwulst an der Falx cerebri in der Höhe der Wurzel der 1. Stirnwindung. Die Geschwulst war mehr nach links als nach rechts entwickelt, sie war 5—6 cm breit, maass 4—5 cm von vorn nach hinten und 2—3 von oben nach unten. Die weichen Häute waren nicht verdickt und adhärirten nicht an der grauen Substanz.

***Pitres*, Die partielle sensible Epilepsie. — Arch. cliniques de Bordeaux. Januar. (Neurolog. Centralblatt.)**

Die partielle sensible Epilepsie hat grosse Aehnlichkeit mit der *Jackson*'schen Epilepsie; nur stehen bei letzterer Störungen der Motilität im Vordergrunde des Krankheitsbildes, während bei der ersteren Störungen der Sensibilität die Situation beherrschen. Bei beiden Krankheiten sind die pathologischen Erscheinungen zunächst auf einen peripheren Theil beschränkt, können in demselben vorhanden oder auch, was das häufigere ist, progressiv weitergehen, bis sie eine ganze Seite des Körpers einnehmen; in beiden Krankheiten fehlt der Bewusstseinsverlust oder tritt erst sehr spät ein und ebenso sind auch die Erscheinungen nach dem Anfall bei beiden Zuständen identisch, eine partielle Erschöpfung der nervösen Centren, die sich klinisch in localisirten transitorischen Lähmungen ausspricht.

Die Migraine ophthalmique ist nach den Anschauungen des Verf.'s in der Mehrzahl der Fälle eine Abart der partiellen sensiblen Epilepsie und die Beschreibung eines Anfalls, die der Verf. gibt, deckt sich in der That mit den Mittheilungen, welche *Féré* in seinem classischen Werk (Épilepsie et Épileptiques, 1880, Paris) S. 50ff. über die Migraine ophthalmique macht. Uebrigens können Muskelzuckungen zu der beschriebenen Form von Epilepsie hinzutreten; gewöhnlich ist dies allerdings nicht der Fall.

Der Anfall dauert nicht über 10 Minuten und beginnt, wie eine sensible Aura, gewöhnlich an der Peripherie einer Extremität mit Parästhesien, Gefühl von Schwere u. s. w.; die Parästhesien dehnen sich schnell über das ganze Glied aus, dann auf die ganze Körperhälfte und in seltenen Fällen auch auf den ganzen Körper. In einer gewissen Zahl von Fällen sind die peripherischen Sensationen von Erscheinungen im Gebiete der Sinnesorgane begleitet. In derselben Reihenfolge, wie sie erschienen sind, verschwinden mit beendigtem Anfall die Sensationen wieder; hin und wieder tritt dann Kopfschmerz und Erbrechen auf, auch wohl partielle Paralysen und Aphasie, welch letztere aber schon nach kurzer Zeit wieder sich ausgleichen. Die geschilderte Unterart der Epilepsie kann bedingt sein durch irritative Läsionen in den psychosensoriellen Rindenfeldern; meistens handelt es sich aber wohl um functionelle Störungen. Prognose und Therapie hängen von

Digitized by Google

den ätiologischen Momenten ab. Zwei ausführlich wiedergegebene Krankengeschichten illustriren die Krankheit auf's Beste; eine dritte zeigt die gute Wirkung eines Blasenpflasters, welches central von der Stelle, in der die Parästhesie zu beginnen pflegte, circulär um das Glied gelegt wurde; seit jener Anlegung sind 2 Jahre verstrichen und der Kranke hat keinen Anfall mehr gehabt, während ein solcher vorher fast jeden Monat auftrat. Die in Rede stehende Neurose kann auch durch Verdauungsstörungen zu Stande kommen und scheint dies besonders bei Fall 2 des Verf.'s, bei welchem die Untersuchung im Magen Dilatation ergab, der Fall zu sein; in solchen Fällen würde eine Behandlung der Magenkrankheit natürlich zunächst angezeigt sein. *S.*

***Kisseljow, W.*, Zur Frage der experimentellen Epilepsie. — Dissertation, St. Petersburg 1892. Russisch. (Neurol. Centralblatt.)**

Ein Theil der Arbeit, die im klinischen Laboratorium von Prof. *Mierzejewski* ausgeführt wurde, behandelt die Beeinflussung der elektrischen Erregbarkeit der Grosshirnrinde durch Hydrastinin. Die Experimente wurden an Hunden und Meerschweinchen angestellt. Die Ermittelung der Rindenerregbarkeit geschah in gewöhnlicher Weise, vermittelst der Application von Inductionsströmen im Gebiet des Gyrus sigmoides. Verf. benutzte 5—15procentige Lösung des Hydrastinins in Wasser und führte sie entweder subcutan oder in die Femoralvene ein, in Mengen von 0,04—0,3 pro Kilo des Körpergewichts. Letztere Dosis wirkt tödtlich; auch einmalige Einführung von 0,09—0,12 pro kg brachte allgemeine Vergiftungserscheinungen hervor. Ebenso wurde bei längerer täglicher Einspritzung mittlerer Dosen cumulative Wirkung beobachtet, und in dieser Hinsicht bestätigt Verf. im Allgemeinen die Angaben anderer Autoren (*Falk*, *Marfuri*, *Archangelski*). Was das Verhalten der Rindenerregbarkeit anbetrifft, so fand Verf., dass dieselbe nach Einspritzung von Hydrastinin, auch kleiner Dosen, sinkt; doch sie verschwindet sogar nach lethalen Dosen nicht völlig. Auch die Erregbarkeit der weissen Substanz des Gehirns wird durch Hydrastinin herabgesetzt, aber in geringerem Maasse, als diejenige der Rinde selbst. Die Möglichkeit, epileptische Krämpfe durch elektrische Reizung der Hirnrinde hervorzurufen, wird durch Hydrastinin sowohl an Hunden, als auch an Meerschweinchen erschwert.

Eine andere Versuchsreihe des Verf. betrifft die Beeinflussung der Rindenerregbarkeit durch Drehung des Körpers nach der Methode von *Salathé-Mendel*. Bei Drehung mit dem Kopf zur Peripherie beobachtete er Hyperämie des Gehirns und der Meningen und bestätigte in dieser Hinsicht im Allgemeinen die Angaben von *Mendel*, *Fürstner*, *Magalhaès Lemos* und *Kusnezow*. Bei Drehung mit dem Kopf im Centrum fand er Anämie und Herabsetzung der Erregbarkeit der Hirnrinde. Krampfanfälle, die an Hunden durch Injection von Absinth oder Strychnin hervorgerufen waren, liessen sich in dieser Weise sistiren. . . . . *S.*

Digitized by Google

Maunoury et ***Camuset,*** Veraltete Epilepsie traumatischen Ursprungs (Schädelfractur). Trepanation im Umkreis der Narbe. Keine Veränderung im Zustand des Pat. — Archives de Neurologie. Juli. No. 70.

Pat., 23 Jahre alt, Bedienter, keine Heredität, im Kindesalter einmal Convulsionen beobachtet, erlitt in seinem 14. Lebensjahre einen Schädelbruch in der rechten Stirn- und Schläfengegend durch den Hufschlag eines Pferdes. Die Wunde heilte schnell. 3 Monate später erster epileptischer Anfall. Zuerst seltene Wiederholung, zuletzt fast wöchentlich ein bis zwei Anfälle. Abnahme der Intelligenz.

Da die Anfälle immer stärker und häufiger wurden, schritt man zur Trepanation, in der Annahme, dass das Trauma das ätiologische Moment der Krankheit sei. Der Knochen war an der Trepanationsstelle exostotisch verdickt. Am 6. Tag nach der Operation Fiebersteigerung — 39,9, Sensorium benommen, Gefahr einer Meningitis, darauf Nähte entfernt, worauf das Fieber abfiel. Heilung der Wunde.

Die Anfälle nahmen nach der Operation nicht ab, sondern es fand sogar eine Steigerung statt (am Operationstage allein neun Anfälle). Im Ganzen liessen sich im ersten Monat nach der Operation deren 36, in den beiden anderen deren je 17 constatiren. Die Anfälle kommen heute noch in derselben Stärke vor, der geistige Zustand ist derselbe geblieben.

Verfasser erblickt in veralteten Fällen von traumatischer Epilepsie und bei vorgeschrittener Demenz eine Contraindication zur Operation.

Langermann.

Walton und ***Carter,*** Die Aetiologie der Epilepsie, mit besonderer Berücksichtigung des Zusammenhanges von Epilepsie und Krampfzuständen im Kindesalter. — Boston med. and surg. Journ. CXXV, 19.

Nachdem *W.* und *C.* für eine strenge Trennung zwischen richtiger Epilepsie und den symptomatischen Krampfzuständen bei anderen Erkrankungen des Centralnervensystems eingetreten sind, ausserdem die schwierige Frage der Erblichkeit der Epilepsie, insbesondere den Einfluss ererbter neuropathischer Constitution, kurz gestreift haben, wenden sie sich der Erörterung der Frage zu, ob Krämpfe im Kindesalter zu einer späteren Epilepsie prädisponiren, einer Möglichkeit, über die bekanntlich die Autoren der verschiedensten Meinung sind. Reine Epilepsie ist schon bei Kindern unter 5 Jahren sicher beobachtet worden; *Starr* fand sogar 17,67 pCt.

W. und *C.* haben unter 70 Fällen von Epilepsie nur 5 gefunden, in denen im Kindesalter Krampfanfälle vorhergegangen waren; in 9 von diesen 70 Fällen hatte die Epilepsie im Kindesalter begonnen und dauerte noch fort, in 56 Fällen waren keine vorhergegangenen Krämpfe nachzuweisen.

Digitized by Google

Ueber die Art der in den 5 Fällen vorhandenen Convulsionen wird nichts berichtet. *S.*

Marie, P., Infection und Epilepsie. — Semaine méd. XII, 36. *Schmidt's* Jahrbücher.

M. kommt auf seinen früheren Satz zurück, dass die grosse Mehrzahl der Fälle von „genuiner" Epilepsie auf einer Gehirnerkrankung durch Infection beruhe. Die Epilepsie sei fast immer eine exogene Krankheit. Sie werde nicht mit dem Menschen geboren, sondern entstehe während der Kindheit. Der Typus sei die cerebrale Kinderlähmung: Ein bis dahin gesundes Kind erkrankt fieberhaft mit Krämpfen; zunächst bleibt eine Hemiplegie zurück; diese kann schwinden, aber später entwickelt sich die Gliasklerose und mit ihr die Epilepsie. Die Lähmung kann auch von vornherein fehlen, das hängt nur von der Localisation ab. Bei den meisten Epileptikern erfährt man, dass vor der Epilepsie in der frühen Kindheit einmal Krämpfe aufgetreten sind, nicht selten wird angegeben, dass zu gleicher Zeit Fieber bestand. An Stelle der Krämpfe können auch andere nervöse Störungen: Koma u. s. w. treten, oder es kann eine fieberhafte Erkrankung ohne hervortretende Nervensymptome den Beginn der Gehirnerkrankung bezeichnen. Sei einmal die infectiöse Art der Epilepsie festgestellt, so könne man hoffen, sie durch Einverleibung von Toxinen oder ähnlichen Stoffen zu heilen. *M.* erinnert an das Ausbleiben der epileptischen Anfälle während fieberhafter Krankheiten. Möglicherweise könnten auch die cantharidinsauren Salze günstig wirken. Nach *Guériaud* sollen Blasenpflaster oft die Anfälle hemmen. *S.*

Bremer, L., Die Reflextheorie bei nervösen Krankheiten. — The journal of nervous and mental dis. August.

B. ist der Ansicht, dass die Häufigkeit von nervösen und psychischen Leiden, welche bei Frauen auf Erkrankungen der Genitalorgane zurückzuführen sind, bei weitem überschätzt wird und dass daher auch die Behandlungsmethode, welche durch eine Besserung dieser Localaffectionen auch eine Besserung der bestehenden Hysterie, Neurasthenie und anderer nervöser Störungen erstrebt, gewöhnlich ungerechtfertigt und sehr oft schädlich ist. Er schildert eingehend die Nachtheile, welche unnöthige gynäkologische Operationen auf nervöse Frauen ausüben.

Aehnliches gilt, wenn auch nicht in gleicher Ausdehnung, für die Behandlung von Störungen, welche das Urogenitalsystem der Männer betreffen. Bei vielen nervösen Störungen, welche wohl secundär das Urogenitalsystem in Mitleidenschaft ziehen, geht man von der Ansicht aus, dass die Localaffectionen reflectorisch die nervösen Erscheinungen auslösen und behandelt demgemäss die Kranken zwecklos. Andere Specialisten, die Augen- und Zahnärzte, begehen oft den gleichen Fehler in ihrem Specialfache. *B.* be-

Digitized by Google

streitet nicht, dass periphere Erkrankungen Anlass zu reflectorisch bedingten nervösen Störungen geben können, bekämpft jedoch die Thätigkeit der Specialisten, welche ohne genaue Kenntniss der inneren Medicin nur einseitig in ihrem Specialfache zum Schaden der Kranken wirken.

Vorster.

***Féré, Ch.*, Bemerkung über die „Névralgie épileptique de la face". — Revue de Méd. XII, 7. *Schmidt*'s Jahrbücher.**

Während *Trousseau* als Neuralgie épileptique den Tic douloureux bezeichnet, der mit der Epilepsie zunächst nichts gemein hat, obwohl auch *Trousseau* manche Fälle als eine Art larvirter Epilepsie ansieht, berichtet *F.* über einen Fall von Gesichtsneuralgie, in dem die Anfälle plötzlich durch echte epileptische Anfälle unterbrochen wurden und durch Bromkalium vollständige Heilung erreicht wurde. In einem anderen Falle traten Neuralgien im Verlaufe der Behandlung der Epilepsie auf und gingen, während sie auf Bromkalium garnicht reagirten, auf Exalgin prompt zurück. Man muss also wohl diese Anfälle mit der Epilepsie in Verbindung bringen.

S.

***Zacher*, Ueber einen Fall von Migraine ophthalmique mit transitorischer epileptoider Geistesstörung. — Berlin. klin. Wochenschrift, No. 28.**

Ein 17jähriger, erblich belasteter Mann hatte vom 14. Jahre an mehrmals Anfälle von Schlafwandeln, und leidet seitdem an unruhigem Schlafe mit schreckhaften Träumen. Vom 12.—15. Jahre onanirte Pat. stark. Seit October 1889 traten wiederholt in grösseren Pausen des Abends mehrstündige Anfälle von Aufregung, Verwirrtheit, mit Trübung des Bewusstseins, einige Male auch mit Hallucinationen auf. Die Anfälle endeten mit tiefem Schlafe, aus welchem Pat. ohne jede Erinnerung an das Vorgefallene erwachte.

Schwächlicher, blasser Mensch, weite aber gut reagirende Pupillen. Grosse Reizbarkeit und ruheloses Wesen. Pat. leidet an linksseitiger Migräne, welche im Hinterkopfe beginnt und bis zu mehreren Tagen anhält. Häufig treten im Beginn des Anfalles Sehstörungen auf, bald als glänzende, farbige Kreise vor dem linken Auge, bald als Zittern mit Vibriren der linken Hälfte der Gegenstände. Keine Hemianopsie. Bisweilen hochgradige Hyperästhesie der linken Körperhälfte. Die Anfälle von plötzlicher Störung, von welchen *Z.* eine Anzahl beobachtete, traten meist nach einem ungewöhnlichen Eindrucke auf und immer im Anschlusse an einen stärkeren Migräneanfall. Objectiv war an dem Kranken während der Migräneanfälle nichts Besonderes wahrzunehmen. Die Anfälle verschwanden unter Anwendung von Bromnat., milder Kaltwasser-Behandlung und Galvanisation des Kopfes.

Z. hebt die Aehnlichkeit, ja Gleichheit der beobachteten psychischen

Digitized by Google

Störungen mit jenen bei Epilepsie vorkommenden hervor und rubricirt den Fall unter die complicirte Migräne *Charcot's*. Vasomotorische Störungen im Gehirn werden als wahrscheinliches ursächliches Moment bezeichnet.

Verf. theilt kurz die interessante Beobachtung mit, dass ein ihm befreundeter durch einen Darmkatarrh geschwächter Arzt nach einer reichlichen Infusion von kaltem Wasser in den Dickdarm in einen transitorischen epileptoiden Zustand verfiel.

***Nias*, Fall von Exophthalmus nach Epilepsie. — Brain, 1892.**

Ein 33jähriger, bisher gesunder Arbeiter hatte ohne nachweisbare Ursache und Vorboten einen schweren epileptischen Anfall, der sich in den folgenden Wochen noch einmal in Form von Schwindel und Absence und mehrere Male in vorübergehendem Schwindel- und Angstgefühl wiederholte. Vom ersten Anfalle an bestand links und vorn localisirter Kopfschmerz, einige Wochen nach dem Anfalle stellte sich beiderseits Exophthalmus ein, der bis 4 Wochen nach dem Anfalle zunahm und von da ab langsam zurückging, damit auch das auf der Höhe sehr ausgeprägte *Graefe*'sche Symptom und der Kopfschmerz. Pat. war im Uebrigen völlig gesund. Struma bestand nicht, Pulsfrequenz nicht über 85. Verordnung: Jodkali. *Matusch.*

***Ott, Isaac*, Der Sitz der Absinth-Epilepsie. — The journal of nervous and mental dis. September.**

O. ist der Ansicht, dass die Convulsionen bei der Absinth-Epilepsie nicht auf Veränderungen in der Circulation zu beziehen sind. Auf Grund seiner nur kurz mitgetheilten Thierexperimente kommt er zu dem Schlusse, dass der Sitz der tonischen und clonischen Krämpfe in der Epilepsie in der Rinde zu suchen ist. *Vorster.*

***Eward, Theodores*, Epileptic colonies. — The journal of mental dis. April.**

E. setzt die Nothwendigkeit der Einrichtung besonderer Colonien für Epileptische auseinander und berücksichtigt dabei die geisteskranken Epileptiker, die nicht geisteskranken Epileptiker und die epileptischen Kinder. Die Bielefelder Anstalten rühmt er als nachahmenswerth. Es ist jedoch erwähnenswerth, dass er unter den Anforderungen, die er für die Organisation einer solchen Colonie als nothwendig erachtet, die aufstellt, jeder Kranke ohne Ausnahme solle unter ärztlicher Aufsicht stehen und für je 200 Patienten solle 1 Arzt angestellt sein. *Vorster.*

***Pershing, Howell*, Jacksonian epilepsy. — The Journ. of nerv. and ment. dis.**

P. berichtet über folgenden Fall. Ein junger Mann erhielt im April 1891 mit einem Billardqueue einen Schlag auf die rechte Seite; bald

Digitized by Google

darnach Lähmung des linken Armes und linken Beines. Nach 6 Wochen war das Bein, nach 3 Monaten der Arm wieder hergestellt. Nach 4 Monaten stellten sich jedoch in beiden Gliedern sowie im Orbicular-Muskel des linken Auges anfallsweise Zuckungen ein. Im Februar 1892 Trepanation auf der rechten Kopfseite. Unter der Pia fand sich eine apoplectische Cyste, welche drainirt wurde. In den ersten 4—5 Monaten nach der Operation — soweit erstreckt sich nur die Beobachtung — war der Kranke von seinen Anfällen frei. *Vorster.*

Scandhautner, 2 Fälle von ***Jackson***'scher Epilepsie. — Internat. klin. Rundschau, No. 18.

1. 44 Jahre alter Fabrikarbeiter. Im 5. Jahre Fall auf den Kopf. Seit 14 Tagen gehäufte Anfälle von krampfhafter Drehung des Kopfes nach links, dabei intensive Schmerzen im linken Arm. Gesunder Mann. Der Anfall beginnt mit Wendung der Augen nach links, darauf folgt Drehung des Kopfes nach links, Beugung der linken Hand und Finger, Pronation des linken Armes mit gleichzeitigem Clonus desselben, Spasmus nictetans beider Augen, Nystagmus, Krampf im linken Facialis. Bwusstsein während des Anfalles erhalten. Zwischen den Anfällen sind Augen und Kopf nach rechts gewendet, der rechte Patellarreflex ist herabgesetzt, es besteht Parese des linken Armes. Nach Gebrauch von Bromnatrium blieben die Anfälle weg.

2. 43jähriger Mann, bekam rechtsseitige Krämpfe mit Bewusstlosigkeit, nachdem 2 schlagartige Anfälle vorausgegangen waren. Die Anfälle kehrten alle 2—3 Minuten wieder, waren von Bewusstlosigkeit begleitet und bestanden in anfangs tonischen, später clonischen Krämpfen der rechtsseitigen Extremitäten. Die Anfälle kehrten täglich in wechselnder Häufigkeit wieder und waren einmal nur auf den rechten Fuss beschränkt. Nach Verlauf von einigen Wochen trat nach einem stärkeren Anfalle Benommenheit, *Cheyne-Stookes*'sche Athmung und unter gehäuften Anfällen der Tod ein. Section: Dura über der rechten Hemisphäre auf der ganzen Convexität mit den weichen Häuten verwachsen, am Stirntheile durch scharf umschriebene, bis in die Gehirnrinde eindringende Knoten. (Pachymeningitis gummosa.)

Patnam, J., W., Schlafbewegungen bei Epilepsie. — The journal of nervous and mental dis. August.

P. glaubt bestimmte Bewegungen, welche Epileptiker im Schlafe ausführen, im Sinne der Localisation verwerthen zu können. Eine Epileptische, welche fast jeden Abend um 10 Uhr einen Anfall hatte, machte hin und wieder an Stelle des Anfalls bestimmte Bewegungen im Schlafe mit ihrem linken Arme.

Ein 13jähriges Mädchen, die seit 10 Jahren epileptisch war, kam mit

Digitized by Google

ähnlichen Erscheinungen zur Trepanation. Bei dieser begannen die Convulsionen im linken Arm, um von dort aus sich weiter auf den Körper fortzusetzen. Zeitweise wurde jedoch der linke Arm während des Einschlafens ruhelos umhergeworfen, während Convulsionen sich nicht einstellten. Die Trepanation, über dem Armcentrum der rechten Seite ausgeführt, hatte keinen Erfolg. Hierfür macht *P.* das langjährige Bestehen der Epilepsie verantwortlich. *Forster.*

***Browning, W.*, Ungleichheit der Pupillen bei Epileptischen. — The Journal of nervous and mental dis. Januar.**

B. fand unter 150 Epileptikern, die er im Verlaufe von 8 Jahren beobachtete, 16 mit ungleichen Pupillen. Er unterscheidet 3 verschiedene Formen der Pupillenungleichheit; erstens Fälle mit beträchtlicher Ungleichheit. Diese fand sich bei Patienten mit deutlich halbseitigen Symptomen, so dass die Pupillendifferenz nicht als epileptische Störung, sondern als Herderscheinung aufzufassen ist. Zweitens Fälle mit geringer Ungleichheit und meist beständigem Verhalten; die Störung ist functioneller Art. Als dritte Form stellt *B.* nun die latente oder passive Anisochorie auf, welche nur bei matter Beleuchtung eine deutliche Differenz ergibt. Er empfiehlt, die Augen von beiden Seiten zu beleuchten, bevor man sich ein sicheres Urtheil bildet, da man bei nur einseitiger Beleuchtung durch den Schatten getäuscht werden kann. Eine Erklärung für dieses Verhalten sucht *B.* darin, dass er annimmt, die Innervation der Pupillen vom Sympathicus aus sei in diesen Fällen eine ungleichmässige, während der Oculomotorius wieder theilweise functionire und die Pupillen sich daher bei starker Beleuchtung gleichmässig verengern. *Forster.*

***Antonelli*, Die transitorische Amblyopie. — Archives de neurologie. November.**

Verf. fasst die als Migraine ophthalmique, Flimmerscotom, partielle flüchtige Amaurose, Teichopsie etc. bezeichneten Fälle unter dem Namen „transitorische Amblyopie" zusammen, da die Sehstörung das wesentlichste und constanteste Symptom ist, zu welchem alle möglichen nervösen Störungen (Flimmern, Migraine etc.) hinzutreten können.

Die häufigsten klinischen Formen derselben sind

1) das Flimmerscotom, 2) die Migraine ophthalmique, und 3) die transitorische Hemiopie und concentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes.

Diese Formen kommen rein und gemischt vor.

Die Sehstörung, das Hauptsymptom, ist in den einzelnen Fällen sehr verschieden. Sie betrifft selten ein, häufig beide Augen. Sie kann partiell (scotome) und total sein (amaurose). Sie ist häufiger peripher, seltener central. Sehr häufig sind homonyme Partien beider Augen befallen (sym-

Digitized by Google

metrisches peripheres Scotom, Hemianopsie). Die häufigste Form ist die complete oder incomplete Hemiopie.

Zu diesen Störungen können hinzutreten: Migraine, Schwindel, Nausea vomitus. Psychische Symptome.

Ferner Sprachstörung: Dysarthrie, Dysphasie, Alexie, Agraphie, Worttaubheit.

Von Sensibilitätsstörungen: Meist einseitige Formicationen — ferner Gesichtshallucinationen, Flimmern etc.

Paresen und Paralysen meist nur eines Arms oder auch der Gesichtshemiplegie.

Die Pupillen können verengert, erweitert und ungleich sein.

Der Anfall tritt immer plötzlich auf.

Neben allgemeiner neuropathischer Disposition sind Gelegenheitsursachen vorhanden: Ueberarbeitung, Excesse, Verdauungsstörung (reflectorische Wirkung), manche Fälle müssen als idiopathisch betrachtet werden.

Sie kommt häufiger bei Frauen vor, am liebsten zwischen 30 und 60 Jahren.

Ausser als selbständige „rudimentäre Neurose" kommt sie vor:

1) bei Neurasthenie.

2) bei Hysterie, meist als Migraine ophthalmique, entweder als selbstständiger Anfall oder als Aura. Sie kann ev. durch Reizung hysterogener Zonen hervorgerufen werden.

3) Bei Epilepsie sehr häufig und zwar im Anschluss an Anfälle, während des epilept. Vertigo, oder selbständig.

4) Sie ist als Prodromum der Tabes beschrieben.

5) Schliesslich kommt sie bei partieller (sensibler) Epilepsie oft Jahre lang vor den Anfällen vor; häufig mit den Anfällen alternirend. Wie die sensible Epilepsie kann sie ein frühes Prodromum der Paralyse sein.

Auf Grund eines ausführlichen Vergleichs der Symptomatologie und Hirnphysiologie kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Die transitorische Amblyopie ist eine functionelle Störung, auch als Prodromum organischer Leiden. Der Sitz der Krankheit ist die Hirnrinde, speciell das Sehcentrum. Die Störung ist vasomotorisch. Das Flimmern etc. ist ein Symptom analog den Hallucinationen.

Für diese Auffassung spricht: das Vorkommen von Rindensymptomen, sensible Epilepsie, Aphasie etc. Besonders das Befallensein homonymer Partien beiderseits sowohl seitens der Amblyopie als des Flimmerns. Einzelne Fälle können nur als Störung in beiden Sehcentren erklärt werden (Fall *Charcot*'s: binoculäre nasale Hemiopie). Bei monoculärer A. ist die Rindenstörung auf der gekreuzten Seite, bei binoculärer wie bei Hemianopsie. Das monoculäre Vorkommen (selten) ist durch das Auseinanderweichen der beiden Tractusbündel zu erklären.

Die Rindensubstanz ist häufiger links. — Die anfangs flüchtigen, transitorischen Symptome können stabil werden.

Digitized by Google

Verf. rechnet nur diejenigen Fälle, in welchen die Migraine und die partielle Epilepsie nach Zeit und Intensität den Vorrang haben, nicht hierher. Sonst verlange er die Bezeichnung „transitorische Amblyopie".

9 Fälle mitgetheilt. *Tröndle.*

***Voisin* et *Péron*, Recherches sur l'albuminurie postparoxystique chez les épileptiques. — Arch. de Neurol., No. 69.**

Verff. fassen die Resultate ihrer Untersuchung in folgenden Sätzen zusammen:

Die postparoxystische Albuminurie findet sich bei der Hälfte der Epileptiker. Sie kommt bei allen Arten der Epilepsie vor, ebensowohl nach seltenen Anfällen, wie nach Anfallsserien. Sie scheint auch nach Schwindelanfällen und nach Delirium vorzukommen, doch sind hierüber weitere Untersuchungen nöthig.

Beim Status epilepticus scheint immer Albuminurie vorhanden zu sein. In gewissen Fällen kann dies zu Verwechselung mit Eklampsie führen.

Die Albuminurie ist bei dem nämlichen Epileptiker constant, aber sehr flüchtig und quantitativ wechselnd. Sie findet sich besonders in den zwei ersten Stunden nach dem Anfalle und scheint eine constante Beziehung zu der Congestion des Gesichtes zu haben.

***Voisin* et *Péron*, Recherches sur la toxicité urinaire chez les épileptiques. — Arch. de Neurol., No. 71.**

Deny und *Chauppe* haben den Urin von 13 Epileptikern injicirt (Meerschweinchen? Ref.) und gefunden, dass derselbe nicht anders toxisch wirke, als der Urin von Nichtepileptikern. Myosis, beschleunigte Respiration, vermehrte Urinsecretion, Sinken der Temperatur war die Folge der Injectionen. Der Tod trat unter Coma ein, bisweilen gingen tetanische Zuckungen vorher. Der Urin wurde in der interparoxysmellen Zeit entnommen.

Später injicirte *Féré* prae- und postparoxysmellen Urin und fand, dass ersterer 13½ mal toxischer wirkte als letzterer. Bei einem Epileptiker mit maniakalischer Erregung stellte *F.* fest, dass die Toxicität des Urins während dieser Erregung gesteigert war, und er hält diese Steigerung für eine Folge der Erregung. Die Differenz zwischen den Angaben dieser Beobachter schieben Verff. auf eine Verschiedenheit der Berechnung.

Die Versuche der Verff. wurden mit erwachsenen Frauen angestellt, der Gesammturin von 24 Stunden liegt ihnen zu Grunde. Die Injectionen wurden anfangs an Meerschweinchen, später an Kaninchen gemacht. Verff. beabsichtigen den Nachweis der Toxicität des Urins von 24 Stunden vor, während und nach Anfallsserien. Als Anfallsserie bezeichnen sie auch jene Fälle, in welchen gruppenweise mehrere Tage hintereinander ein Anfall auftritt. Der Urin wurde sorgfältig gesammelt, filtrirt und zur Verhütung der Zersetzung mit etwas Naphthol gemischt. Es folgt nun die Mittheilung der einzelnen Versuche, bezüglich deren ich auf das Original verweise.

(Wird fortgesetzt.)

Digitized by Google

***Mairet* und *Bosé*, Ueber den Einfluss isolirter epileptischer Anfälle auf die Temperatur. — Nouveau Montpellier médical. 2. Januar. (Neurolog. Centralblatt.)**

Bei den isolirten epileptischen Anfällen zeigte sich die Temperatur vor den einzelnen Anfällen normal; in der Krampfperiode war je nach der Intensität der Krämpfe die Temperatur bald ein wenig herabgesetzt, bald ein wenig erhöht. Im stertorösen Stadium zeigte sich die Temperatur bei ruhigem Verhalten herabgesetzt, bei lebhafter Agitation und Unruhe erhöht. Bei dem Erwachen näherte sich die Temperatur der normalen Höhe, blieb aber noch einige Stunden in der anormalen Lage (erhöht oder erniedrigt). *S.*

***Sachs, B.*, Was können wir von der chirurgischen Behandlung der Epilepsie erwarten? — New-York Med. Journ. LV, 8. (Neurol. Centralblatt.)**

Die eigenen klinischen Erfahrungen und anatomischen Beobachtungen veranlassen *Sachs* die genuine „primäre" Epilepsie für eine viel seltenere Affection zu halten, als dieses sonst geschieht. Viele Epilepsien, die uns später als idiopathische Fälle imponiren, möchte *Sachs* zum Theil auf vor Jahren erlittene, längst vergessene traumatische Einwirkungen, zum Theil auf infantile cerebrale Lähmungen, die oft nur geringe Spuren zurückgelassen, zurückführen. Der Verf. ist fernerhin der Ueberzeugung, dass die Epilepsie, auch die genuine, falls es jene überhaupt gäbe, keineswegs eine functionelle Erkrankung ist, er schliesst sich im Gegentheil den Anschauungen von *Marie*, *Féré* und *Chaslin* an, nach deren neuesten Untersuchungen mikroskopisch nachweisbare sklerotische Processe in der Hirnrinde der Erkrankung zu Grunde liegen. Für die meisten Fälle möchte *Sachs* diese Sklerose als eine secundäre betrachten, deren Ausgangspunkt ein durch ein Trauma, eine Hämorrhagie, eine Embolie u. s. w. producirter Reizungsheerd bildet. Es können aber nach einer Verletzung, nach einer cerebralen Kinderlähmung Monate und Jahre vergehen, bis der sklerotische Process zur vollständigen Entwickelung kommt, so erklärt es sich auch, warum in so vielen Fällen Epilepsie erst lange Zeit nach der ursprünglichen Verletzung oder Erkrankung auftritt. Wenn diese secundäre Sklerose nach Verletzungen z. B. vorerst noch nicht nachgewiesen worden, so liegt das wohl an den ungenügenden Untersuchungen, in den 5 Fällen *Chaslin*'s sah das Gehirn makroskopisch vollkommen normal aus, während bei der sorgfältigen mikroskopischen Untersuchung deutliche sklerotische Processe sich nachweisen liessen.

Von diesen seinen Anschauungen über Ursprung und Wesen der Epilepsie ausgehend, formulirt Verf. weiterhin die Schlüsse, die sich für unser therapeutisches Handeln aus denselben ziehen lassen; da nach seiner Ueberzeugung die Epilepsie in der Mehrzahl der Fälle durch einen irgendwie erzeugten primären Reizungsheerd und eine sich an den letzteren an-

Digitized by Google

schliessende secundäre Sklerose der Rindensubstanz bedingt ist, so wäre es unsere Aufgabe: 1. den primären Reizungsheerd zu entfernen oder abzuschwächen; — 2. die Entwickelung der secundären Sklerose zu verhüten, oder, falls sie bereits vorhanden, die Wirkungen derselben zu neutralisiren. — Da wir nun die näheren Bedingungen, unter welchen sich secundäre Sklerose im Anschluss an ein Trauma z. B. entwickelt, nicht kennen, so können wir diese Entwickelung nur dadurch verhüten, dass wir den Ausgangspunkt derselben, den Reizungsheerd von vorneherein entfernen: das könnte geschehen, wenn wir in allen Fällen von Schädelverletzung oder in der Rinde localisirbarer Hämorrhagie u. s. w. so früh wie möglich operirten. — Will man nicht gleich operiren, so müsste man sich dazu entschliessen, sobald Epilepsie sich entwickelte. — Ist secundäre Sklerose bereits vorhanden, so lässt sie sich nur durch Excision des betreffenden Herdes beseitigen; Excision bedingt aber fast stets Ausfall irgend einer Function, und nach derselben kann der Process sich doch noch auf die Nachbarschaft ausbreiten und den Erfolg der Operation vereiteln; deshalb betont Verf. von neuem, dass man nach jeder Schädelverletzung so früh wie möglich operiren solle.

Verf. hat in 10 Fällen wegen Epilepsie operiren lassen, und theilt in Kurzem die Krankengeschichten 7 dieser Fälle mit. Unter 4 Fällen von traumatischer Epilepsie, in denen es erst nach 7—16jahrelangem Bestand derselben zur Operation kam, wurde eine wesentliche Besserung nur in einem Falle erzielt: bessere Erfolge berichteten *Horsley*, *Bergmann*, *Park* u. s. w. auch nicht — diese unbefriedigenden Ergebnisse derartiger „später" Operationen bestätigen die Nothwendigkeit, durch frühe Operation lieber zu verhüten, als durch späte Operation erfolglos curiren zu wollen. — — Bessere Resultate hatte *Sachs* in Fällen von Epilepsie nach cerebraler Kinderlähmung; die drei Fälle, die Verf. mittheilt, wurden entschieden gebessert, die epileptischen Anfälle blieben Monate lang (3—6) aus. Verf. hebt noch hervor, dass er bei cerebraler Kinderlähmung in 44 Procent aller Fälle Epilepsie sich habe entwickeln sehen, woraus die Bedeutung derselben als ätiologisches Moment sofort erhellt. *S.*

Wagner, Ueber die chirurgische Behandlung der corticalen Epilepsie. — Internationale klin. Rundschau, No. 24.

W. bespricht kurz die corticale und subcorticale Theorie des epileptischen Anfalles und die bekannten Indicationen zur Trepanation bei Epilepsie. Um die Lage des zu exstirpirenden Rindencentrums zu eruiren empfiehlt er die von *Horsley* angegebene elektrische Reizung der Gehirnrinde.

Benedikt, Ueber die operative Behandlung der idiopathischen Epilepsie. — Wien. med. Presse, No. 28.

B. stellt 2 epileptische Kranke vor, bei welchen der Schädel geöffnet und die psychomotorischen Centren entfernt worden waren.

Digitized by Google

Fall 1. Junger Mann, welcher alle 8—10 Tage einen heftigen Anfall hatte. Derselbe begann stets mit Zuckungen in der rechten oberen und unteren Extremität. Die motorischen Centren für rechtseitigen Extremitäten wurden exstirpirt. Nach der Operation bestand Parese des r. Facialis und der rechten Extremitäten, welche bald wieder zurückging, ferner war die Fähigkeit schön zu schreiben verloren gegangen. *B.* fasst diese Erscheinungen als Shokwirkungen auf tiefer gelegene Centren auf, ebenso die unmittelbar nach der Operation aufgetretenen Convulsionen.

Fall 2. Schwerer Epileptiker, bei welchem sich über der blossgelegten Gehirnstelle Pachymeningitis haemorrhagica fand. Hier blieben die Anfälle nach der Operation nicht aus, veränderten aber ihren Charakter. *B.* glaubt, dass diese Anfälle traumatischer Natur sind, durch die Operation bedingt.

Viele Epileptiker hatten in früher Jugend Eklampsie, blieben dann 10—12 Jahre frei von Krämpfen und wurden in der Pubertät epileptisch. Ferner gehen die Krämpfe in den meisten Fällen (? Ref.) von einem kleinen Gebiete aus und bleiben in vielen Anfällen auf dieses beschränkt. Die den Anfall einleitenden Zuckungen sind das Constante, alles übrige ist Irradiation. Diese Erwägungen lassen es *B.* als möglich erscheinen, dass es bei Epileptikern durch operative Behandlung gelingen könne, die Anfälle auf das frühere Stadium der Latenz zurückzuführen.

Die Mittheilung ist wenige Wochen nach der Operation erfolgt, sie gestattet demnach noch kein Urtheil über den definitiven Erfolg.

Price, Joseph, Chirurgische Behandlung der Epilepsie. — The Journal of nervous and mental dis. Juni.

P. erwähnt die verschiedenen chirurgischen Eingriffe, die in der Behandlung der Epilepsie ausgeübt sind und sucht durch eine Tabelle, sowohl von chirurgisch wie innerlich behandelten Fällen aus der Literatur zusammengestellt, die günstigeren Resultate der chirurgischen Behandlung nachzuweisen. *Vorster.*

Babes, Ueber die Behandlung der genuinen Epilepsie und der Neurasthenie mittelst subcutaner Injectionen von normaler Nervensubstanz. — Deutsche med. Wochenschrift, No. 30.

B. hatte wiederholt beobachtet, dass nach den gegen Hundswuth vorgenommenen Injectionen Heilungen von schon länger vorhandenen Nervenleiden eintraten (Neurasthenie, Epilepsie, Hysterie). Er kam zu der Annahme, dass hierbei die injicirte Nervensubstanz der wirksame Factor sei, und behandelte nunmehr eine grössere Anzahl von Nervenkranken mit Injectionen von Nervensubstanz. Die Injectionsmasse wurde in der Weise hergestellt, dass sorgfältig sterilisirtes Gehirn und Rückenmark von

Digitized by Google

Kaninchen und Kälbern durch mehrere Mullagen gepresst und mit der fünffachen Menge Bouillon zu einer Emulsion gemischt wurde. Von dieser Flüssigkeit wurden den Neurasthenikern wöchentlich 4—5 mal, den Epileptikern wöchentlich 5—6 mal 4—5 g injicirt, und zwar in die Bauch- oder Flankengegend.

Durch 12 kurz mitgetheilte Fälle wird der Erfolg der Behandlung näher begründet. Die Fälle betrafen schwere Formen von Neurasthenie, zum Theil mit Melancholie und Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit, einen Kranken mit hartnäckiger Ischias und einen mit stuporöser Melancholie. In fast allen diesen Fällen trat sehr rasch Besserung und nach 2—4 wöchentlicher Behandlung Genesung ein. Bei Tabetikern, bei *Jackson*'scher Epilepsie und bei Myelitis beobachtete *B.* nach den Injectionen, besonders anfangs, bedeutende Erregung.

Bei 6 Kranken mit idiopathischer Epilepsie, von welchen mehrere tägliche Anfälle hatten, blieben diese während der Behandlung theils ganz weg, theils wurden sie auffallend vermindert. Bei der Kürze der Beobachtungszeit (circa 3 Wochen) lässt sich aber ein abschliessendes Urtheil über den definitiven Erfolg noch nicht gewinnen.

B. erklärt es für unzweifelhaft, „dass die von ihm 1889 ins Leben gerufene subcutane Behandlung von Nervenkrankheiten mittelst Emulsion von Nervensubstanz berufen ist, bei Neurasthenie, Melancholie und besonders bei genuiner Epilepsie eine bedeutende Rolle zu spielen.

***Donath*, Aethylenum bromatum, ein neues Mittel gegen Epilepsie. — Internat. klin. Rundschau, No. 28.**

D. ist noch der Ansicht, dass die Vergiftungserscheinungen nach dem Gebrauche von Bromkalium hauptsächlich von dem Kaligehalte des Mittels herrühren. Um jene Vergiftungserscheinungen zu vermeiden hat er ein Brompräparat aus der Reihe der Kohlenstoffverbindungen herstellen lassen. Für die Darreichung des in Wasser unlöslichen Aethylen. bromat. empfiehlt *D.* folgende Formeln: 1) Aethylen. bromat. 5,0 ad emulsion. oleos. 100,0, Ol. Menth. piper. gutt. 2, 2—3 mal täglich 30 Tropfen in einem halben Glase Wasser zu nehmen. Jeden 3. Tag wird um 10 Tropfen pro dosi gestiegen, bis 3 mal täglich 70 Tropfen erreicht sind. 2) Aethylen. bromat., Spirit. Vini rectificat. āā 5,0, Ol. Menth. piper. gutt. 2, 3 mal täglich 5—15 Tropfen in einem $^1/_2$ Glase Milch genommen. 3) Aethylen. bromat. gutt. 3, Ol. amygdalar. dulc. gutt. 6. Dent. dos. tal. in capsul. gelatinos. No. 100, 2—3 mal täglich 2—4 Kapseln. Das Mittel wird gut vertragen und soll nur in den grösseren Dosen etwas Nausea hervorrufen. Durch die Darreichung des Mittels wurden bei 21 Epileptikern die Anfälle theils erheblich vermindert, theils milder. In 3 Fällen traten statt der ausgebildeten Anfälle anfallsweise Muskelzuckungen besonders in den Extremitäten ein, bei erhaltenem Bewusstsein.

Digitized by Google

Mairet, **Traitement de l'épilepsie par le borate de soude. — Le Progrès médical, No. 6.**

Die Intoxicationserscheinungen nach Gebrauch von Borax bestehen in Verdauungsstörungen, Durchfällen, Abmagerung, Oedemen und verschiedenen Hautaffectionen. Im Ganzen hat *M.* diese Symptome auch bei hohen Dosen nur selten beobachtet. Sie werden durch kräftige Diät, Roborantien und Antidiarrhoica erfolgreich bekämpft. *M.* beginnt die Behandlung der Epilepsie durch Borax mit 0,5—1,0 pro die und steigt auf 8—10,0 pro die. Wenn die Dosis von 8,0 keinen Einfluss auf die Anfälle ausübt, so ist ein solcher auch von grösseren Dosen nicht mehr zu erwarten. Wenn die Dosis erreicht ist, welche die Anfälle unterdrückt oder ihre Häufigkeit vermindert, so wird die Tagesdosis allmälig vermindert, und der Borax in geringerer Menge weiter gegeben. Doch widerräth *M.* ein Herabgehen unter 2,0 pro die, weil kleinere Dosen unwirksam sind. Treten wieder häufigere Anfälle ein, so wird ein plötzliches Steigen der Tagesdosis empfohlen. Das Mittel soll möglichst lange Zeit nach den Mahlzeiten genommen werden.

Deny, **Behandlung der Epilepsie mit Strontium bromatum und Kalium bromatum. — La Semaine méd., No. 41.**

Vom 1. December 1891 bis 1. Juli 1892 hat *D.* 7 Epileptiker mit Strontium bromatum behandelt. Während dieser Periode hatten diese 7 Epileptiker 246 Anfälle. In der entsprechenden Zeit des vorhergehenden Jahres, wo sie mit Kalium bromatum behandelt wurden, hatten sie 331 Anfälle, also 85 Anfälle mehr. Die Dosis war für beide Präparate genau dieselbe. Niemals hatten sich Erscheinungen von Bromismus gezeigt. Bei einem Patienten, dessen Anfälle nach Strontium bromatum sich erheblich verminderten, schwanden auch die bisherigen postepileptischen Erregungszustände. *D.* hält demnach das Strontium bromatum für ein ausgezeichnetes Ersatzmittel des Kal. bromatum. *S.*

Kisselew, **Hydrastinin bei Epilepsie. — Semaine médicale, No. 47.**

Verf. versuchte nach Vorgang *Archangelsky's,* welcher die anticonvulsive Wirkung des Hydrastinin bei Thieren beobachtet hatte, das Präparat bei Epilepsie. Er gab in wässeriger Lösung 0,01—0,02 pro dosi und 0,05—0,1 pro die. Zwei Patienten zeigten keinen Erfolg, bei 2 andern zeigte sich Rückgang der Anfälle hinsichtlich Frequenz und Intensität. *S.*

Cousot, **Ueber die Natur der Hysterie. — Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. März.**

Verf. führt etwa Folgendes aus:

Die Hysterie wurde früher öfters verkannt, erst die klinische Medicin, besonders in Folge der Bemühungen von *Charcot,* hat dieselbe genauer

Digitized by Google

classificirt. Letzterer hat zuerst eine systematische Beschreibung derselben gegeben, indem er gewisse „Stigmata" aufstellte. Die Hysterie hängt nicht von besonderen Charaktereigenschaften oder von sexuellen Excessen ab, wie man meistens annahm, sondern sie ist eine hereditäre Erkrankung des Centralorgans. Trotzdem gibt es noch viele, die dieselbe für eine besondere Charaktereigenschaft halten. „Tragödie oder Komödie, das ist die Hysterie." *Charcot* fand dieselbe oft mit Neurasthenie vergesellschaftet. Pathologisch anatomisch ist diese Alteration des Centralorgans allerdings nicht nachweisbar, aber sie documentirt sich doch functionell durch gewisse Abnormitäten.

Eines der gewöhnlichsten Stigmata ist die Anästhesie, entweder als totale oder Hemianästhesie. Diese Gefühlsabnormität verkennen die Kranken oft, wie an einem Beispiel erörtert wird. Ebenso verhält es sich auch mit andern Sinnesgebieten, so mit dem Geschmack, Geruch und dem Gehör. Es kommt dabei wohl zu einer Erregung der Centren, aber dieselbe wird nicht percipirt. Eines der weiteren diagnostischen Merkmale der Hysterie sind die Contracturen, die nach Verf.'s Ansicht auch auf einer erhöhten Reflexerregbarkeit des Centralorgans beruhen. Bei den Hysterischen ist die Nervensubstanz erregbarer; darauf beruht auch der hysterische Anfall mit allen seinen Symptomen, wozu Verf. einige Beispiele anführt.

Langermann.

***Jolly*, Ueber Hysterie bei Kindern. — Berlin. klin. Wochenschrift, No. 34.**

Es kommen bei Kindern sowohl alle localen Erscheinungen der Hysterie vor, als auch die Anfälle und die eigentliche Geistesstörung Hysterischer.

Hartnäckige Schmerzen finden sich theils in beliebiger Localisation, theils als Gelenkneurosen. Mit ihnen können sich Paralysen und Anästhesien verbinden, besonders bei Kindern, welche längere Zeit wegen anderer Krankheiten im Bette liegen mussten. Sie fühlen sich ausser Bett durch Schmerz oder Schwäche unfähig zu Bewegungen, daraus entwickelt sich Contractur und Lähmung, während in der Bettlage eine gewisse Bewegungsfähigkeit vorhanden ist. Paraplegische Störungen überwiegen, es findet sich aber auch Hemi- und Monoplegie. Besonders nach Influenza sah Verf. halbseitige hysterische Paresen mit Anästhesien.

Zu diesen Erscheinungen gesellt sich häufig Tremor des befallenen Gliedes, oder der Tremor tritt als vereinzeltes primäres Symptom auf, letzteres besonders nach Traumen. Verf. erwähnt einen Fall von heftigem Schüttelkrampf der Beine bei einem 7jährigen Mädchen, welcher jedesmal bei der aufrechten Stellung eintrat, im Liegen aufhörte und nach 2maliger Faradisation verschwand.

Auch die Krämpfe der Athmungs- und Stimmmusculatur, sowie Singultus und Ructus kommen bei Kindern vor. Von Sprachstörungen finden sich Stammeln, gezierte, lispelnde, flüsternde Sprache, kürzere oder anhaltendere

Digitized by Google

Stummheit. Ein 11jähriges Mädchen mit hysterischer Antecedenz hatte wiederholt längere Anfälle von Stummheit und Taubheit. Beide Symptome verschwanden rasch, nachdem in Gegenwart der Kranken von der Nothwendigkeit einer Operation und von der beabsichtigten Vorstellung in der Klinik gesprochen worden war. Das Kind hatte augenscheinlich gehört. Auch bezüglich der hysterischen Blindheit glaubt Verf., dass es sich nicht um ein vollständiges Nichtsehen handelt, sondern höchstens um ein vermindertes oder verändertes Sehen. Auch vollständige Analgesie bei tiefen Stichen dürfte bei Kindern selten sein.

Der hysterische Anfall tritt bei Kindern bald in der Form von gesteigerten Affectäusserungen auf (Lach-, Wein-, Schreikrämpfe), bald in mehr epileptiformen Anfällen, besonders häufig aber in der Form der complicirten Bewegungen der Chorea magna, für welche *Charcot* die treffende Bezeichnung Clownismus eingeführt hat. Hierbei besteht wohl eine gewisse traumartige Alteration des Bewusstseins, es lässt sich aber auch während der Anfälle feststellen, dass die Kranken gewisse Wahrnehmungen machen und mit Absicht handeln. Durch Isolirung, kalte Begiessung, durch Faradisation sind diese Anfälle meist bald zu beseitigen. Verf. führt 2 prägnante Beispiele von solchen Kindern an, welche für Besessene gehalten wurden.

In ätiologischer Hinsicht stimmt *J.* mit *Henoch* darin überein, dass Geschlechtsreizungen und namentlich Onanie die Entwickelung der Hysterie bei Kindern begünstigen können, aber durchaus kein so häufiges ursächliches Moment bilden. Aetiologisch wichtiger ist erbliche Belastung und Anämie in Folge von erschöpfenden Krankheiten oder schlechter Nahrung. Als auslösendes Moment führt *J.* gewisse Schuleinflüsse an, nämlich bei unbegabten oder lässigen Kindern Einschüchterung durch den Lehrer und Erregung von Angstzuständen, bei begabteren gekränkter Ehrgeiz und Schädigung durch das lange Sitzen und den Aufenthalt in heissen Räumen. Bei Kindern der ersten Art beobachtet man häufig, dass sie Krankheitserscheinungen mit der Absicht produciren, um irgend einer Unannehmlichkeit zu entgehen. *J.* ist der Ansicht, dass eine solche Simulation besonders von krankhaft disponirten Kindern geübt wird.

Ferner begünstigt die grosse Lebhaftigkeit der kindlichen Phantasie, unter Mitwirkung von pathologischen Zuständen, die Entwickelung von hysterischen Zuständen. Besonders gilt dies für das eigenthümliche Delirium, welches man bei den Anfällen hysterischer Kinder beobachtet. Lebhafte Traumvorstellungen geben den Eindruck, als gehe das Kind ganz in der erträumten Rolle auf, während es leicht aus dem Delirium zu erwecken und in die Wirklichkeit zurückzuführen ist. Die gesteigerte Einbildungskraft vermittelt auch das Zustandekommen der localen hysterischen Symptome. Irgend eine abnorme Empfindung in einem Körpertheile erweckt die Vorstellung von Gebrauchsunfähigkeit desselben und hieraus entwickelt sich die Ueberzeugung von einer Lähmung oder Contractur, Hyperästhesie

Digitized by Google

oder Analgesie, eine Ueberzeugung welche gleichwerthig ist einem wirklich bestehenden Zustande.

Es ergibt sich aus dem Angeführten, dass die Hysterie keine von den Genitalien ausgehende Reflexneurose, sondern eine psychische Affection ist.

Die bekannten Anschauungen über die Hysterie von *Möbius* und *Oppenheim* hält *J.* nicht für erschöpfend. Er erblickt das Wesentliche der Hysterie darin, dass neben der Veränderung der affectiven und reflectorischen Erregbarkeit das psychische Symptom der gesteigerten Einbildungskraft vorhanden ist. Erst wenn zu den durch den körperlichen (nervösen) Zustand angeregten Symptomen die Wirkung der gesteigerten Einbildungskraft hinzutritt, erst dann entsteht der hysterische Symptomencomplex.

Putnam, J. W., Hysterie bei Kindern. — The journal of nervous and mental dis. Juli.

Amerikanische Autoren berichten nach *P.* nur selten über Hysterie bei Kindern. *P.* beobachtete sie bei Reichen wie bei Armen, in der Stadt wie auf dem Lande. Er weist sie auf den mächtigen Einfluss, den ausser der Heredität die schädliche Gewohnheit ausübt, den Kindern schon im ersten oder zweiten Lebensjahre Thee oder Kaffe mehrmals täglich zu geben. Die von *Charcot* beschriebenen 4 Perioden der hysterischen Anfälle beobachtete *P.* nicht. Es fehlte stets die Periode der plastischen Stellungen und oft die des Delirs. Hysterische Lähmungen und Contracturen waren häufig. *P.* hält die Prognose im Allgemeinen für günstiger wie bei Erwachsenen und zwar um so mehr, je wechselnder der Charakter der Symptome ist.

Vorster.

Ayres, Samuel, Hysterie bei einem Knaben von 8 Jahren. — The American Lancet. Juli.

Ein früher gesunder 8 Jahre alter Knabe erhielt im Dezember 1891 Schlage auf den Kopf, ohne sichtbare äussere Verletzungen davon zu tragen. Bald nachher heftige Kopfschmerzen ohne bestimmte Localisation. Im Januar ein Ohnmachtsanfall. Später Anfälle von convulsiven Bewegungen ohne Bewusstseinsstörung, dabei incohärente Reden. In späteren Anfällen Contorsionen des ganzen Körpers, Opisthotonus. Unter roborirender Behandlung und Nichtbeachtung der Symptome wurde Besserung erzielt.

Vorster.

Trowbridge, G. R., Beziehung zwischen Chorea und Epilepsie. — The Alienist and Neurologist. Januar.

Tr. ist auf Grund eigener Beobachtungen sowie von Fällen, die er aus der Literatur zusammengestellt hat, der Ansicht, dass zwischen Chorea und Epilepsie eine bestimmte Verwandtschaft besteht. Seine recht lesenswerthen Ausführungen fasst er in folgenden Schlusssätzen zusammen.

Digitized by Google

Es besteht eine innige Beziehung zwischen Epilepsie und Chorea. Beide Erkrankungsformen beruhen auf Störungen der motorischen und intellectuellen Centren im Gehirne und unterscheiden sich nur der Intensität nach. Chorea schafft eine Prädisposition für Epilepsie und Epilepsie umgekehrt für Chorea; das erstere Verhältniss kommt jedoch häufiger vor. Chorea in der einen Generation kann Epilepsie in der nächsten oder einer der folgenden Generationen nach sich ziehen und umgekehrt. Eine neuropathische Belastung der Eltern kann bei dem einen Kinde Chorea, bei dem andern Epilepsie zur Folge haben. Bei beiden Erkrankungen finden sich mehr oder weniger deutlich ausgeprägte Geistesstörungen. *Vorster.*

***Bremer, L.,* Intermittirende hysterische (?) Paralyse. — The Alienist and Neurologist. April.**

Der mitgetheilte Fall betrifft einen 16jährigen Knaben, welcher in seinem 5. Lebensjahre einen Fall auf die rechte Kopfseite mit nachfolgender leichter Bewusstseinsstörung erlitten hatte. Bei diesem Patienten stellte sich ein Schwächegefühl im linken Arm, später im linken Bein ein, dann eine motorische und sensible Lähmung des ganzen Körpers mit Ausnahme des rechten Auges, welche jedoch nach einigen Tagen bis auf eine Lähmung der unteren Extremitäten schwand. Kniephänomene dabei normal. Die in Aussicht gestellte Hypnose bewirkte plötzliche Besserung der Lähmungserscheinung. Im weiteren Verlaufe jedoch nahmen die Lähmungserscheinungen wieder erheblich zu, auch schwanden die Kniephänomene; die Annahme einer organischen Läsion wurde wahrscheinlich. Später schwanden die Lähmungserscheinungen wieder völlig, während die Kniephänomene nicht wiederkehrten. *B.* stellt die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf hysterische Lähmung. *Vorster.*

***Hughes, C. H.,* Hysterische Symptome bei organischen Nervenkrankheiten. — The Alienist and Neurologist. Juli.**

H. bekämpft den Fehler, beim Bestehen einiger hysterischer Symptome gleich alle Krankheitserscheinungen als hysterische auffassen zu wollen. Bei Hysterischen tritt die ihnen innewohnende krankhafte Disposition oft erst unter der Einwirkung einer andern körperlichen oder geistigen Erkrankung hervor. *H.* hat in vielen Fällen, in denen die Diagnose nur auf Hysterie gestellt war, bei der Section organische Erkrankungen — u. A. multiple Sklerose — vorgefunden. Er citirt einen Aufsatz von *Buzzard*: the simulation of hysteria by organic disease of the nervous system, ist jedoch nicht der Ansicht, dass die multiple Sklerose der Hysterie ähnliche Symptome hervorruft, sondern der Ansicht, dass thatsächlich Hysterie vorliegt, welche, vorher latent, durch die Sklerose manifest geworden ist. *H.* erwähnt ferner aus der Literatur und eigener Beobachtung Fälle, in denen organische Erkrankungen mit Hysterie combinirt auftraten. *Vorster.*

Digitized by Google

***Janet*, L'anaesthésie hysterique. — Arch. de Neurol., No. 69.**

Verf., Professor der Philosophie, beabsichtigt die Psychologie der Hysterischen zu analysiren und beginnt mit der Anästhesie. Er unterscheidet 3 Formen derselben. 1) Die systematisirte Anästhesie. Eine bestimmte Gruppe von Empfindungen eines Sinnes werden nicht appercipirt, während alle anderen Eindrücke desselben Sinnes empfunden werden. Diese beim Hypnotismus durch Suggestion hervorzurufende Erscheinung findet sich auch beim natürlichen Somnambulismus, aber auch bei Hysterischen im wachen Zustande. So gehen z. B. gewisse Geschmackseindrücke verloren, oder eine Kranke mit Anästhesie der Hände kann nur noch gewisse Toilettengegenstände durch das Gefühl unterscheiden. Verf. vermuthet, dass in solchen Fällen die Vertheilung der erhaltenen Empfindungen von gewissen herrschenden Vorstellungen abhängt. 2) Localisirte Anästhesie. Anästhesie bestimmter Körpertheile, auf der Hautoberfläche immer mit scharfer Linie abgegrenzt. Bei hysterischer Blindheit ist nicht nur die Retina empfindungslos, sondern auch die Conjunctiva, ja sogar die Lider. Hiernach scheinen bei dieser Anästhesie die gewöhnlichen Associationen unserer Empfindungen eine Rolle zu spielen und die Vertheilung zu bestimmen. 3) Allgemeine Anästhesie, dieselbe ist weder gefährlich noch lästig, sie ist nicht von circulatorischen oder nutritiven Störungen begleitet und hindert die normale Function nicht. Meist weiss der Betreffende garnichts von seiner Anästhesie, während bei organischer Anästhesie (z. B. bei Syringomyelie) von all dem das Gegentheil der Fall ist. Dies gilt sowohl von der Anästhesie der Haut, wie von den Anästhesien der Sinnesorgane. Verf. führt folgende Beobachtungen an: Er elektrisirte ein hysterisches Mädchen mit absoluter Hautanästhesie. Obgleich nun irrthümlicher Weise die Elektroden nicht mit dem Apparate verbunden waren und Pat. das Aufsetzen derselben nicht sehen konnte, so trat doch jedesmal beim Aufsetzen der negativen Elektrode eine Muskelzuckung ein.

Ein hysterisches Mädchen hatte jedesmal im Verlaufe des hystero-epileptischen Anfalles eine schreckhafte Vision, sie stand dann eine Stunde lang fast unbeweglich mit vorgestreckten Händen da. Die Kranke war anästhetisch und der Muskelsinn war so vollständig aufgehoben, dass sie bei plötzlichem Augenschluss zusammenstürzte. Schloss man ihr nun die Augen und brachte sie dann in jene schreckhafte Stellung, so trat ein Anfall ein.

Ein hysterischer Mann hatte jedesmal während eines Anfalles die Vision einer Feuersbrunst und schrie Feuer. Die Erwähnung einer Feuersbrunst, das Zeigen einer kleinen Flamme genügte, um bei ihm einen Anfall hervorzurufen. Das Gesichtsfeld war links auf 30° eingeengt. Man schloss nun das rechte Auge des Kranken, liess ihm von dem Perimeter die Mitte fixiren und hielt ein brennendes Streichholz auf den 80°, also in

Digitized by Google

dem Bereich der anästhetischen Zone der Retina. Sofort bekam Pat. einen hystero-epilept. Anfall.

Zur Erklärung dieser Thatsachen führt Verf. folgendes weiter aus: 1) die Empfindungen existiren im menschlichen Geiste in 2 Formen, nämlich unter der Form der persönlichen (selbst bewussten) Perception, welche durch volles Bewusstsein und das Bewusstsein der Persönlichkeit charakterisirt ist, und unter der Form von elementaren, halb bewussten (subconscientes) Empfindungen, welche nicht mit der Persönlichkeit verknüpft worden. 2) Die persönliche Perception kann verschwinden, während die elementare Empfindung fortbesteht. Dieser Untergang der persönlichen (selbstbewussten) Empfindung erfolgt nach einem ähnlichen Mechanismus wie derjenige des Zerstreutseins.

Es wird sonach angenommen, dass im Zerstreutsein und bei der hysterischen Anästhesie die halbbewussten (subconscientes) Empfindungen fortbestehen als elementare Erscheinung.

Einen Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung erblickt Verf. in dem Fortbestehen der Reflexe bei der hysterischen Anästhesie (Cremaster-Abdominal-Reflex, vasomotorische Reflexe, pupilläre Reflexe). Auf starkes Kneifen des anästhetischen Armes trat bei einer Hysterischen Erweiterung der Pupille ein. Legte man einer anderen Hysterischen, ohne dass sie es sah, eine Scheere in die anästhetische Hand, so fügte sie die Finger alsbald in die Ringe derselben und öffnete und schloss sie.

Derartige Empfindungen werden auch zum Ausgangspunkt von Associationen. Verf. sagte einer Hysterischen, sie werde einen Schmetterling sehen, wenn er an ihrer anästhetischen Hand den Daumen, und einen blauen Vogel, wenn er den kleinen Finger berühre. Nachdem ihr die Augen verbunden waren rief sie bei Berührung des kleinen Fingers „der schöne blaue Vogel", und bei Berührung des Daumens „ach nein, es ist ein Schmetterling". — Zu der Kranken Isabelle, deren linkes Auge blind ist, sagte *J.*: „wenn ich Dir die blaue Farbe zeige, so hörst Du Glocken läuten". Man schloss ihr das rechte Auge und hielt ihr farbige Wolle vor das linke. Anfangs sagte sie, es sei alles dunkel, sobald aber blaue Wolle vorgehalten wurde rief sie: „ach, ich höre die Glocken".

Von jenen Empfindungen bleiben auch Erinnerungen zurück. Bertha leidet an einer hysterischen Anästhesie. Man verbindet ihr die Augen und gibt ihr einen kleinen Gegenstand in die Hand. Sie tastet, fühlt aber Nichts. Man hält ihr ein Riechfläschchen unter die Nase, sie riecht nichts, denn es besteht Anosmie. Nun versetzt man sie in somnambulen Zustand und jetzt antwortet sie auf die bezüglichen Fragen: „Sie haben mir einen kleinen Blumenstrauss in die Hand gegeben und mich Orangenwasser riechen lassen". Auch für den Muskelsinn besteht diese Erinnerung, wie Verf. durch einen ingeniösen Versuch nachweist.

Wenn der Verlust der persönlichen Perception wirklich dem Zerstreutsein ähnlich ist, so muss es möglich sein die Anästhesie Hysterischer

Digitized by Google

durch die Aufmerksamkeit zu modificiren. In der That ist dies der Fall. Einer Hysterischen wird eine rothe Oblate auf die rechte anästhetische Hand geklebt. Erstaunt betrachtet sie ihre Hand. Man wendet ihr nun den Kopf auf die Seite, kneift sie leicht in die Hand, und sie ruft, man kneife sie. Nach wenigen Augenblicken ist aber die Anästhesie wieder da. Es ist auch möglich bei Hysterischen durch Ablenken der Aufmerksamkeit neue Anästhesien hervorzurufen.

Bei manchen Hysterischen gelingen alle derartigen Versuche, bei anderen gelingen die meisten, können aber nicht jedesmal mit gleich günstigem Resultate wiederholt werden, endlich gibt es Kranke, bei welchen der Nachweis von halbbewussten Empfindungen überhaupt nicht gelingt.

Die hysterische Anästhesie hat ihren Sitz in der Gehirnrinde. Die elementaren Empfindungen bleiben von ihr unberührt. Sie erstreckt sich auf die persönliche Perception, welche uns gestattet jederzeit die neuen Eindrücke unter sich und mit dem Selbstbewusstsein (notion de la personnalité) zu verbinden. Die hyster. Anästhesie beruht auf einer Schwäche dieser Synthese, sie ist eine Krankheit der Persönlichkeit.

Janet, Die hysterische Amnesie. — Arch. de Neurol. Juli.

Verf. hält die Amnesie für eins der Cardinalsymptome in der Hysterie. Er beschäftigt sich zunächst nur mit den Fällen von typischer Amnesie.

Die Amnesien theilt er in drei Gruppen ein: 1) in systematisirte, 2) localisirte und 3) allgemeine oder wieder in sich abgeschlossene (contenues). Die ersteren sind die am meisten vorkommenden. Die Kranken verlieren hierbei eine gewisse Kategorie ihrer Erinnerungen und bilden sich nun mit ähnlichen Erinnerungsbildern zusammen ein System. Als Beispiel führt Verf. ein junges Mädchen an, das ihn ganz genau kannte, nach einem hysterischen Anfall ihn jedoch plötzlich vollständig vergessen hatte. Nach der Hypnotisirung der Pat. stellte sich indessen das verloren gegangene Erinnerungsbild wieder ein. Aehnlich verhielt es sich auch mit einer von *Charcot* vorgestellten Pat., die nach einem hysterischen Anfall die englische Sprache, welche sie vorher vollständig beherrschte, gänzlich verlernt hatte.

Die localisirten Amnesien gehören alle einer bestimmten Lebensepoche der Kranken an.

Endlich kann die Amnesie sich auch auf alle Erinnerungsbilder erstrecken, obwohl das selten vorkommt. Häufiger ist noch die nach Verf. Vorschlag so benannte „Amnésie contenue". Von einem gewissen Zeitpunkte an verliert der Kranke die Erinnerung.

Im zweiten Theil hebt Verfasser hervor, dass bei der hysterischen Amnesie die Erhaltung der Erinnerungsbilder, die ja einen Theil des Gedächtnisses ausmachen, nicht verloren geht. Als Beispiel führt er zwei junge Mädchen mit hysterischer Amnesie an, denen man die verschwundenen Erinnerungsbilder wieder suggeriren konnte. Das zweite psycholo-

Digitized by Google

gische Phänomen, das zum Gedächtniss gehört, besteht in der Reproduction der Bilder. Dies kommt bei der Hysterie auch vor.

Nur das dritte, die eigentliche Perception, fehlt bei derselben.

Im dritten Abschnitt findet Verf. eine Analogie zu der hysterischen Amnesie in den Anästhesien, die bei dieser Krankheit vorkommen. Bei beiden werden nicht die Erinnerungsbilder oder das Gefühl aufgehoben, sondern das Centralorgan ist nur unfähig, dieselben zu percipiren.

Sobald nun alle Bilder ausgelassen werden, entstehen die allgemeinen Amnesien; sobald dagegen nur einzelne verschwinden, so kommt es zu den localisirten Amnesien. *Langermann.*

Janet, Die Suggestion bei Hysterischen. — Arch. de Neurol. Nov.

Verf. handelt von der Suggestion als Symptom der Hysterie. — Während bei Gesunden die Gedankenassociation durch Kritik und Wille geregelt wird, entwickelt sich bei Hysterischen im Anschluss an eine eigene oder aufgenommene Vorstellung automatisch, ohne Theilnahme des Willens und der Personalität das ganze System von Gesichts-Gehörsbildern, Affecten, Handlungsimpulsen, welche die Idee ausmachen. Die so erhaltene Precision und Vollständigkeit der Vorstellung führt zu wirklichen Handlungen und dem Glauben an die Objectivität der Idee. Das ist das Wesen der Suggestion bei Hysterie.

Dieselbe hat zur Voraussetzung eine Abschwächung der Aufmerksamkeit und des Willens, Abulie, welche sich sowohl in dem Mangel an Initiative, als in dem Unvermögen sich aus einem Zustand zu befreien, äussert. Viele Fälle von der abulischen Form des Delire du doute gehören deshalb hierher.

Die Abulie betrifft bei Hysterie eine bestimmte Kategorie von Handlungen. Verf. unterscheidet automatische und freiwillige Handlungen (actes volontaires). Erstere sind alt, gewohnt, früher organisirt, nicht im Augenblick geschaffen. Sie sind nicht von dem augenblicklichen Zustand der Personalität und der Situation abhängig, daher impersonelle. Die letzteren werden durch die Personalität und Situation entschieden. Die Abulie der Hysterischen bezieht sich auf letztere. Alle suggerirten Handlungen sind automatische. Durch das Zurücktreten der actes volontaires findet die Suggestion freies Feld. *Tröndle.*

Coches, Fall von Hysterie, an disseminirte Sclerose erinnernd. — Arch. de Neurol. Nov.

48jähriger Mann. Mehrere Apoplexien in der Ascendenz. Potus. Nach Kopftrauma Anfall von Bewusstseinsstörung mit folgenden Kopfschmerzen, Schwindel, Zittern. 2. apoplectiformer Anfall mit kurzdauernder linksseitiger Lähmung. Verfolgungsdelir. Nach dem 3. Anfall Unvermögen zu sprechen, linksseitige Hemiplegie. Ferner links: Hemianästhesie.

Digitized by Google

monoculare Amaurose, Gesichtsfeldeinschränkung. Spasme glosso-labiale, später Stottern. Intentionszittern im linken Arm und Bein. Heilung der Sprachstörung und Amblyopie durch Hypnose-Suggestion.

Für Hysterie spricht: die Aphasie (ohne Wortblindheit und Taubheit, Bewegungen von Zunge und Lippen intact. Erhaltung der Intelligenz). Die Begleiterscheinungen des Schwindels (Pochen in den Schläfen etc.), die monoculare durch Suggestion geheilte Amaurose, der Charakter des Stotterns. Intentionszittern kommt auch bei Hysterie vor. Gegen disseminirte Sklerose spricht: Fehlen der charakteristischen Schwindelanfälle, Fehlen von Nystagmus und Reflexerhöhung etc. Verf. betont schliesslich die Aehnlichkeit des ersten auf Trauma folgenden und der späteren Anfälle.

Tröndle.

***Guinon, G.*, Verdoppelung der Persönlichkeit auf hysterischer Basis (hysterischer Vigilambulismus). — Progrès medical, No. 11—34.**

Auf Grund von 11 aus der Literatur sorgfältig zusammengestellten und 2 selbstbeobachteten Fällen der *Charcot*'schen Klinik kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Die hysterische Verdoppelung der Persönlichkeit gehört zu der 2. Categorie der *Ribot*'schen Krankheiten der Persönlichkeit. Sie ist ein alternirender Wechsel zweier verschiedener Zustandsformen. Auf einen Zustand A (normaler Zustand, Wachezustand) folgt ein Zustand B (Zustand des Vigilambulismus), auf diesen wieder A u. s. w. Die Formen können sich jedoch ineinanderschieben.

Vom Somnambulismus unterscheidet sich der Zustand B durch das Wachsein, das Natürliche, Nicht-automatenhafte (Vigilambulismus). Von Suggestionszuständen durch das in beiden Formen bestehenbleibende Bewusstsein des Ich's.

Das sicherste Symptom ist die Amnesie eines Zustandes für den anderen. Amnesie beider für einander kommt vor, ist jedoch nicht nöthig. Häufiger hat Zustand A keine Erinnerung an B. Selbst im Fall der Amnesie bleiben altgewohnte Kenntnisse und Fertigkeiten, welche automatisch geworden sind, bestehen (gehen, tanzen, lesen, schreiben, Mimik); complicirtere werden vergessen. Doch kommen hier grosse Schwankungen vor.

In Zustand B können neue Kenntnisse erworben werden, für welche alle folgenden Zustände B Erinnerung haben, doch sind sie gewöhnlich sehr flüchtig.

Fast constant sind Charakterverschiedenheiten. In B fühlen sich die Kranken gewöhnlich wohler, theils weil sie keine Gedächtnisslücken haben wie A, theils weil die hysterischen Symptome zurückgehen.

Auf die Verschiedenheit dieser objectiv nachweisbaren hysterischen Symptome legt Verf. grosses Gewicht (Anästhesie, Contracturen, Lähmungen, Gesichtsfeldeinschränkungen, Dischromatopsie, Blindheit etc., erhöhte neuro-musculäre Empfindlichkeit, Katalepsie). In seinen beiden Fällen

Digitized by Google

sind dieselben in beiden Zuständen streng verschieden, in Zustand B fast verschwunden.

Endlich sind Verschiedenheiten der hypnotischen Suggestibilität vorhanden. In seinen Fällen ist dieselbe in B vorhanden, in A nicht. Manche Fälle von „wachem Somnambulismus" mögen deshalb hierher gehören.

Die Dauer der einzelnen Zustände schwankt von Minuten bis zu Monaten. Häufig tritt nach einer schwankenden, oscillirenden Periode Zustand B vollständig in den Vordergrund, während A nur anfallsweise auftritt.

Die einzelnen Zustandsformen werden fast immer durch hysterische Attaquen eingeleitet und geschlossen. Verf. hält deshalb den Zustand B für ein Aequivalent der III. Periode des typischen Anfalls (Phase des attitudes passionelles), ebenso wie den Somnambulismus. *Tröndle.*

Ghilarducci, Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Hysterie und organischen Hirnerkrankungen. — Arch. de Neurol. Nov.

Verf. bespricht an 4 sehr ausführlich mitgetheilten Fällen von Hysterie die Differentialdiagnose. Das Vorkommen deutlich hysterischer Symptome neben auf organische Krankheiten verdächtigen ist von Werth für die Diagnose Hysterie, doch nicht beweisend; wichtiger sind fliessende Uebergänge beider ineinander.

Grossen Werth legt der Verf. auf psychische ätiologische Momente.

1. Fall (an partielle sensible Epilepsie erinnernde Hysterie) 43 jährige Frau, die schon früher an Formicationen in Zehen und Fingern gelitten hat, zeigt 3 Jahre lang Anfälle von sensitiver Epilepsie der linken Körperhälfte: Formicationen mit nachfolgender Lähmung, von der linken Hand ausgehend. Später wechseln die Anfälle Sitz und Ausdehnung, gehen sogar auf die rechte Seite, wenn sich die Pat. auf dieselbe legt. Daneben Anfälle in denen die Pat. unfähig ist zu sprechen, Störungen des Gedächtnisses. Dazwischen typische hystero-epileptische Anfälle, hyperästhetische Zonen, Verlust des Gehörs und Geschmacks, Gesichtsfeldeinengung etc. Nach 3 Jahren Heilung.

Für Hysterie spricht die Mannigfaltigkeit der Symptome (Lähmungen links, Aphasie motrice), das Wandern der Lähmung von links nach rechts, der günstige Verlauf.

Dass die Anfälle lange Zeit nur die linke Seite trafen, erklärt Verf. damit, dass Pat. (Kellnerin) vorher den linken Arm stark überanstrengt hatte und lange Zeit nur sitzend mit auf den linken Arm aufgelegtem Kopf schlafen konnte.

2. Fall (an partielle motorische Epilepsie erinnernde Hysterie). Belasteter 36jähriger Mann. In der Jugend Charakteranomalien, häufige Kopfschmerzen. Nach psychischer Erregung Anfälle von Kopfschmerz, Schwindel, Diplopie. Nach einem Hundebiss 4 Monate lang (Incubationszeit der Lyssa!) Anfälle von Lähmung und Zittern des (gebissenen) rechten Arms. Nach einer schweren Hämoptoe Anfälle von Kopfschmerzen, Doppel-

Digitized by Google

sehen, Schwindel, Schwächegefühl; endlich epileptiforme Anfälle mit tiefer Bewusstseinsstörung, Zungenbiss. Den Anfällen gingen häufig voran oder folgten Parese und Zittern des rechten Arms. Daneben Hemianästhesie, Aufheben des Geschmacks und Geruchs, Gesichtsfeldeinschränkung etc.

Verf. verwerthet hauptsächlich den Einfluss der Psyche auf den Verlauf. Befallensein des gebissenen Arms. Dauer der Anfälle bis die Gefahr der Tollwuth vorüber war. Der Zungenbiss, welcher in den schweren Anfällen constant war, kommt auch bei Hysterie vor.

3. Fall (partielle crurale Epilepsie, vortäuschende Hysterie). 17jähriger Seiltänzer. Mit 13 Jahren schlägt der Blitz in seiner Nähe ein. Schreck, kurze Bewusstlosigkeit. Nach 1 Jahr tritt Nachts unter ängstlicher Erinnerung an den Blitzschlag ein tonisch-clonischer Anfall auf, von der linken Wade ausgehend auf die ganze linke Seite incl. Kopf sich ausdehnend. Häufige Wiederholung der Anfälle. Einmal nach dem Anfall 24 Stunden dauernde Lähmung und Anästhesie der linken Seite.

Später tritt Bewusstlosigkeit bei den Anfällen ein. Unter Hydrotherapie und Hypnose bessert sich jedesmal der Zustand, zu Hause treten die Anfälle wieder auf. Daneben linksseitige Hemianästhesie, Fehlen von Conjunctival- und Pharyngeal-Reflex, Discromatopsie linkerseits, Gesichtsfeldeinschränkung.

Verf. schliesst auf Hysterie aus dem Fehlen motorischer Störungen (nach 3jähriger Krankheit), fehlender Erhöhung der Reflexerregbarkeit, aus der psychischen Aura (Blitzschlag), dem Erfolg der Spitalbehandlung. Als psychische Ursache wird der Blitzschlag mit dem folgenden Schreck, Bewusstlosigkeit angesehen. Die lange Zwischenzeit zwischen Ursache und Anfällen ist auch von *Nothnagel* und *G. de Savigny* beobachtet.

4. Fall (partielle motorische Epilepsie, Beginn cerebraler Lues vortäuschende Hysterie).

35jähriger Mann. Nach schwerer Influenza treten starke, Nachts exacerbirende Kopfschmerzen auf, welche monatelang anhalten; apoplectiformer Anfall mit folgender Unfähigkeit zu sprechen und zu schreiben; Krampfanfälle in beiden Armen mit Verlust des Bewusstseins; im Anschluss an einen solchen Anfall Lähmung des rechten Beins, ein andermal des rechten Arms. Daneben Hemianästhesie, Gesichtsfeldeinschränkung etc. Ferner zeigt Patient eine Sprachstörung (Stottern, Bellen), welche grossen Schwankungen unterworfen ist. Schmierkur zu Anfang der Krankheit ohne Erfolg.

Verf. diagnosticirt auf Hysterie aus den Schwankungen in der Sprachstörung, welche häufig plötzlich verschwindet, aus dem für Hysterie typischen Gang (Todd) nach dem 2. Anfall. Ferner glaubt der Verf. in der eigenthümlichen Contractur der Arme während der Anfälle eine Aehnlichkeit mit der Haltung von Leuten, die an starken Kopfschmerzen leiden, zu sehen.

Die Anfälle setzten immer mit Kopfschmerzen ein.

Einzelheiten siehe Original. *Tröndle.*

Digitized by Google

***Blocq* et *Sollier*, Sur un cas d'hystérie mâle atypique, avec troubles particulairs de la sensibilité. — Le Progrès médical, No. 18.**

Ein 16jähriger Bursch wurde vor 5 Jahren nach einer Eiterung in der linken Ferse von einer Hyperästhesie des Gliedes befallen, welche das Gehen hinderte. Pat. musste an Krücken gehen, jede Berührung des Beines war schmerzhaft. Die Affection verschwand plötzlich wieder. Im Juli 1891 in der Nacht $1^1/_2$ stündiger Zitteranfall, ohne Verlust des Bewusstseins, welcher in den nächsten 8 Nächten sich wiederholte. Mit dem 3. Anfalle trat ein Laryngealgeräusch ein, wie „Han". Zugleich bekam Pat. eine Empfindung, welche er als inneres Zittern bezeichnet. Nach einer Pause traten diese Anfälle wieder für mehrere Wochen auf und es blieb danach bestehen: das innere Zittern, das Laryngealgeräusch und Sensibilitätsstörungen mit Schwäche in den Beinen. Hierzu gesellte sich Appetit- und Schlaflosigkeit und allgemeine Schwäche.

Stat. praes. den 3. Sept. Bleiches, müdes Gesicht, belegte Zunge. Motilität an den Armen anscheinend nicht verändert, an den Beinen dagegen fällt der mühsame Gang auf, welcher jenem bei spastischer Paraplegie gleicht. Der Larynxkrampf „Han" kehrt alle 2—3 Minuten wieder. Gefühl von Unruhe, in Folge dessen Pat. sich beständig bewegt. Schmerz und Temperatursinn nicht alterirt. Dagegen entsteht bei Berührungen am Kopf, den Armen und Beinen ein Gefühl, als ob die Haut aufgehoben werde. Keine hyperästhetischen Zonen, keine Einengung des Gesichtsfeldes. Pharynxreflex erhalten, Sehnenreflexe erhöht.

Behandlung: Isolirung, Hydrotherapie, statische Elektricität.

Nach 2 Tagen ist die Motilität der Beine normal. Nach 14 Tagen verschwindet das unangenehme Gefühl bei Berührungen am Kopfe und den Armen und nach weiteren 8 Tagen auch an den Beinen. Das Larynxgeräusch verliert sich. Das Körpergewicht steigt und Pat. wird Mitte October genesen entlassen.

***Remak*, Zur Semiotik der hysterischen Deviationen der Zunge und des Gesichtes. — Berl. klin. Wochenschrift, No. 40.**

R. stellt eine hysterische Kranke vor, welche seit 1879 schon mehrfach Anlass zu wissenschaftlichen Veröffentlichungen geboten hat. Neben verschiedenen anderen hysterischen Störungen findet sich bei derselben eine linksseitige Hemiparese und Hemianästhesie, eine anscheinende Hemiparese des linken unteren Facialis und starkes Abweichen der Zunge nach rechts. *R.* führt den Nachweis, dass die Deviationen des Gesichts und der Zunge der Kranken auf einem Hemispasmus der Muskeln der rechten Zungenhälfte und der rechten Gesichtshälfte beruhen. Die Kranke selbst hat das Gefühl von Spannung in der rechten Gesichtshälfte und der rechten Halsseite.

Digitized by Google

Die hemispastischen Symptome sind sonach bei der Kranken mit der Hemianästhesie gekreuzt.

Bezüglich der interessanten Einzelheiten, welche sich nicht für versuchsweise Wiedergabe eignen, verweise ich auf das Original.

***Charcot*, Hysterische Hemiplegie von Blitzschlag. — Internat. klin. Rundschau, No. 8.**

Ein 25jähriger Korbmacher, nicht erblich belastet, aber von einem eigenthümlichen Reisetrieb beherrscht, wurde als Soldat vor 2 Jahren vom Blitz getroffen. Er war eine halbe Stunde bewusstlos und nach dem Erwachen auf der rechten Seite gelähmt. Danach traten rhythmische Zuckungen in den Gliedern ein, welche sich seitdem anfallsweise öfter wiederholten. Schwindel und Ohrensausen geht diesen Anfällen voraus, die Hände machen die Bewegung des Trommelschlagens. Im Gegensatz zu den Erscheinungen nach Läsion der inneren Kapsel ist bei dem Kranken der untere Facialis nicht afficirt, die untere Extremität ist stärker betroffen als die obere. Die obere Extremität ist bis zur Schulter anästhetisch, der Muskelsinn ist erhalten. Am Bein reicht die Anästhesie bis zur Leiste, sie ist in der unteren Hälfte des Gliedes ausgesprochener als in der oberen. Geruch und Geschmack rechts sehr abgeschwächt, Pharynxreflex rechts erloschen, Gesichtsfelder beider Augen eingeengt.

Beim gewöhnlichen Hemiplegiker wird im Gehen das steife Bein durch eine Art Circumductionsbewegung vorwärts gebracht, der Arm bewegt sich in halber Flexionsstellung längs des Körpers; bei der hysterischen Hemiplegie hängt der Arm herunter, das Bein wird auf dem Boden geschleift.

Anders bei diesem Kranken, er geht mehr wie Alkoholiker oder wie Kranke mit Neuritis. Der rechte Oberschenkel erhebt sich brüsk, der Unterschenkel bleibt schlaff, der Fuss hängt herunter, das Bein setzt schwerfällig auf den Boden auf. *Ch.* nennt dies Pseudoataxie oder „Steppage", und erklärt die Erscheinung dadurch, dass die Lähmung besonders die Extensoren und Flexoren des Fusses befallen haben.

Ch. trägt Bedenken diesen Kranken zu hypnotisiren, „weil er den Unglücklichen nicht der Gefahr aussetzen will, noch andere Nervenzufälle hervorzubringen". Er will aber eine Suggestion im Wachen in der Weise versuchen, dass er Pat. an jedem 2. Tage mit dem Dynamometer eine etwas höhere Zahl als die vorausgehende drücken lässt.

***Leber*, Ueber periphere Sehnerven-Affectionen bei Hysterischen. — Deutsche med. Wochenschrift, No. 33.**

L. theilt eine Reihe von Fällen mit von rasch vorübergehenden Erblindungen oder Amblyopien bei Hysterischen. Er bezieht dieselben auf flüchtige Entzündungen der Sehnervenstämme und vermuthet, dass auch der mehr chronisch verlaufenden sogen. Anästhesia Retinae eine periphere Erkrankung der Sehnerven, etwa dicht vor dem Chiasma, zu Grunde liegt.

Digitized by Google

Weill, Astasie-Abasie à type choréique, arrêt instantané de l'astasie-abasie par la pression de certaines regions. — Arch. de Neurol., Bd. XXIII.

Kurze Beschreibung eines Falles von Astasie mit choreatischem Charakter, in welchem durch Druck auf die Schultern, auf den hinteren Theil des Stammes und die Glutäalgegend die Symptome der Astasie augenblicklich vollständig aufgehoben werden konnten.

Boeteau, Automatisme somnambulique avec dédoublement de la personnalité. — Ann. méd.-psychol. Jan., Febr.

Eine 22jährige, erblich belastete Wittwe, hatte im 12. Jahre mit dem Eintritte der Menstruation den ersten hysterischen Anfall. Derselbe wiederholte sich im 16. Jahre und seither hat die Kranke etwa alle Monate 2 Anfälle. Am 24. April 1891 wurde sie durch die Mittheilung, dass wegen einer Salpingitis eine Operation nöthig werde, sehr erschreckt. Sie verliess das Spital, empfand bald darnach Globusgefühl, Erstickungsgefühl, Klopfen der Schläfe, bekam leichte convulsivische Bewegungen in den Armen und verlor das Bewusstsein 3 Tage lang. Pat. ist absolut unfähig etwas über ihre Erlebnisse in diesen 3 Tagen anzugeben. Pat. ist leicht zu hypnotisiren und zeigt deutlich ein lethargisches und kataleptisches Stadium. In der Hypnose erzählt die Kranke auf bezügliche Fragen bis in die kleinsten Details, was in jenen 3 Tagen mit ihr vorgegangen ist. Sie hat am ersten Tage einen Weg von 60 km gemacht, um ihr Kind zu suchen, dann hat sich ein Verfolgungsdelir mit Hallucinationen bei ihr entwickelt, welches in maniakalische Aufregung überging. Pat. wurde von den ihr Begegnenden für betrunken gehalten und noch im Spital war man zweifelhaft, ob es sich bei ihr nicht um ein alkoholisches Delirium handele. Nachdem Pat. aus der Hypnose erwacht war, so war die frühere Amnesie für jene 3 Tage wieder vorhanden.

Nach den vorhandenen hysterischen Symptomen kann es nicht zweifelhaft sein, dass es sich bei der Kranken um einen Anfall von hysterischem Somnambulismus mit Verdoppelung der Person handelt, und dass sich dieselbe in jenen 3 Tagen in dem „état second" befand.

Ausser den hysterischen Anfällen fand sich bei der Kranken noch rechtsseitige Hemianästhesie, beiderseitige Einschränkung des Gesichtsfeldes, rechtsseitige Achromatopsie, Verlust des Geruchs und Geschmacks und Abschwächung des Gehörs auf der rechten Seite, Anästhesie des Pharynx, rechtsseitige Hemiparese. Ausserdem findet sich beginnende rechtsseitige Muskelatrophie und Verlust der Schmerz- und Temperaturempfindung rechts, ähnlich wie bei Syringomyelie.

Digitized by Google

Mesnet, **Somnambulisme spontane dans ses rapports avec l'hystérie. — Arch. de Neurol., No. 69.**

M. theilt die folgende Beobachtung von einem 17jähr. skrofulösen und anämischen Mädchen mit, welches in Folge von einer überstandenen Coxitis hinkte. An demselben wurden zuerst im 16. Jahre (März 1872) hysterische Symptome beobachtet, und zwar: Abschwächung der Sensibilität an den Beinen mit Muskelschwäche, hochgradige Hyperästhesie der Mitte der Rückenwirbelsäule, so dass Pat. bei Berührung schreit, nervöser Husten. Ferner wurde die sonst niedergeschlagene Kranke heiter und vergnügungssüchtig. Am 24. April trat plötzlich ein Anfall von Bewusstlosigkeit und tiefem Schlafe ein. Volle Resolution der Muskeln, Puls 60, Respiration 27. Vibriren der Augenlider. Pat. ist nicht völlig anästhetisch, aber gleichwohl durch die gewöhnlichen Mittel nicht zu erwecken. Nach 1 Stunde spontanes Erwachen mit voller Amnesie für den Anfall. Der Anfall kehrte bis zum 28. April täglich zur gleichen Stunde wieder und verlief jedesmal in der gleichen Weise. Am 28. April trat dann Abends noch ein zweiter Anfall auf, welcher in ein somnambules Stadium überging. Pat. schien zu erwachen, behielt aber die Augen geschlossen, sie hörte und sah nicht und bemerkte die umstehenden Personen nur durch das Gefühl. Die Hautsensibilität war gesteigert, die Bulbi convulsivisch nach innen gerollt. Pat. versuchte die Augenlider mit dem Finger zu öffnen und sagte dabei: „ich sehe Nichts als Roth". Sie klagt über Schmerzen im Kopfe, im Leibe, sie habe ein rothes Eisen im Magen. Sie steht auf — immer mit geschlossenen Augen —, zieht sich an, will ausgehen und entwickelt eine grosse Kraft, als man sich ihr entgegenstellt. Hierauf machte sie ihr Bett und legte sich hinein, sprang aber an die Thüre, als Jemand aus dem Zimmer ging. Sie sprach viel und rasch und verfiel nach etwa 2 Stunden wieder in lethargischen Schlaf, aus welchem sie nach 3 Minuten mit voller Amnesie für das Vorgefallene erwachte. Von diesem Tage an traten 2 Monate lang täglich 2 mal im Laufe des Nachmittags Anfälle von Somnambulismus auf, welchen ein lethargischer Schlaf vorausging und nachfolgte. Als man ihr einmal während eines leichteren somnambulen Anfalles Wein in das Wasser that, glaubte sie, man wolle sie vergiften.

Verschiedene Mittel wurden erfolglos versucht, auch Hypnotismus. Letzterer veranlasste eine Modification des somnambulen Deliriums, Pat. machte sich über die Aerzte lustig. Am 1. Juli wurde sie im Spital aufgenommen und lediglich unter dem Einflusse psychischer Einwirkung blieben die Anfälle vom 4. Juli an weg.

Charcot, **Toux et bruits laryngés chez les hystériques les choréiques, les tiqueux et dans quelques autres maladies des centres nerveux. — Arch. de Neurol., Bd. XXIII.**

Die Larynxgeräusche, welche bei Hysterie und bei anderen nervösen Affectionen vorkommen, treten theils als expiratorische nach dem Modus

Digitized by Google

des Hustens auf, theils als inspiratorische nach dem Modus des Schluchzens. Die hysterischen Larynxgeräusche ähneln dem Geschreie verschiedener Thiere, dem Bellen, Heulen, Miauen, Brüllen. In manchen Fällen handelt es sich um unwillkürliche Nachahmung.

Die fraglichen Geräusche haben folgendes Gemeinsame:

1. Sie treten meist in Form von mehr oder weniger langen Anfällen auf und verschwinden Nachts während des Schlafes. 2. Die Hustenanfälle etc. bleiben von einander isolirt und wiederholen sich in Gruppen von 3, 4, die Intervalle bleiben sich immer nahezu gleich. 3. Die Kranken leiden weder an Dyspnoe noch an Suffocation, es ist kein Auswurf vorhanden und die Auscultation ergibt nichts Abnormes. Doch kann sich der hysterische Husten im Anschlusse an einen Catarrh entwickeln. 4. Husten und Larynxgeräusche sind gewöhnlich das einzige vorhandene hysterische Symptom, anderweitige Stigmata, wie Convulsionen, Globus Contracturen oder Lähmungen finden sich selten daneben. Doch lassen sich meist Anästhesie und Einengung des Gesichtsfeldes nachweisen. 5. Die Affection findet sich meist bei jüngeren Mädchen (und Knaben), nicht nach dem 25. Jahre. 6. Larynxgeräusche kommen auch bei Chorea, Paramyoclonus multiplex und bei verschiedenen Tics vor. 7. Sie entstehen meist plötzlich, spontan oder nach einem hysterischen Anfalle und sind sehr hartnäckig.

Fall 1. Ein 16jähriges Mädchen erlitt vor 6 Monaten häufige Widerwärtigkeiten und erkrankte darnach an Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Krampfanfällen mit Delirien. Vor 4 Monaten unterwarf sie sich einer elektrischen Behandlung im Spitale und lernte da eine an hysterischem Husten leidende Kranke kennen. Es trat eine mehrstündige Stummheit ein und nach denselben stellte sich der gleiche hysterische Husten ein, wie bei jener Kranken, die Krampfanfälle blieben aber seitdem weg. Der Husten hat einen quaternären Rhythmus, er ähnelt etwas dem Schnattern des Geflügels im Geflügelhofe, er verschwindet im Schlafe und wenn die Kranke mit lauter Stimme liest. Es ist eine linksseitige sensitiv-sensorische Anästhesie mit Verlust des Muskelsinnes vorhanden, sowie rechtsseitige Pharynx-Anästhesie. Das Geräusch ist expiratorisch.

Fall 2. Ein 15jähriger Knabe erkrankt vor 10 Wochen an Kopfschmerz und Appetitlosigkeit. 8 Tage später trat ein respiratorisches Larynxgeräusch ein, ähnlich wie das Schnappen eines jungen Hundes. Ausser den Larynxmuskeln wirken dabei die Muskeln des Kopfes und Rumpfes mit. Es ist eine linksseitige Anästhesie und Einengung des Gesichtsfeldes vorhanden.

Fall 3. Ein 23jähriges Mädchen litt einige Zeit lang an hysterischer Stummheit und an Stottern. Die Stummheit verlor sich, das Stottern blieb. Als Kind hatte sie an Gelenkrheumatismus und Chorea gelitten. Seit 18 Monaten besteht ein bellendes Larynxgeräusch. Dasselbe kommt 2 bis 3 mal hintereinander und etwa 30 mal in der Minute. Die Kranke bellt wie ein Hund, besonders wenn sie einen solchen erblickt. Das Geräusch

Digitized by Google

ist expiratorisch, hält den ganzen Tag an und verschwindet Nachts. Es ist eine linksseitige sensitiv-sensorielle Anästhesie mit Verlust des Muskelsinnes vorhanden und Einengung des Gesichtsfeldes.

Larynxgeräusche finden sich auch bei Chorea und bei verschiedenen Tics. In letzterem Falle sind sie von krampfhaften Bewegungen begleitet. Echolalie und Coprolalie gehören auch hierher. Alle diese Affectionen sind nicht hysterischer Natur, können aber neben Hysterie vorkommen.

Die Larynxgeräusche können sich auch durch Nachahmung übertragen, z. B. in Schulen, in Klöstern. *Ch.* demonstrirt eine solche Uebertragung, indem er eine hysterische Kranke in Somnambulismus versetzt und ihr gegenüber eine ihr bekannte Kranke mit hysterischem Husten setzt. Nach kurzer Zeit hustet auch die hypnotisirte Kranke.

Babinski, J., Hypnotismus und Hysterie. — The Journal of nervous and mental dis. Juni.

B. bespricht das Verhältniss des Hypnotismus zur Hysterie. In der Salpêtrière hält man die Ansicht aufrecht, dass beide Zustände innige Beziehungen zu einander haben und dass der Hypnotismus mit zum Gebiete der Pathologie gehört. In der Nancyer Schule hält man dagegen den Hypnotismus für eine physiologische Erscheinung. *B.* schildert die typischen und atypischen Formen des Hypnotismus und stellt die Steigerung der Suggestibilität als das wesentliche Charakteristicum des Hypnotismus hin. Die somatischen Erscheinungen sind besonders wichtig, um den Untersuchenden vor Täuschung zu schützen. *B.* weist hin auf die von *Charcot* angegebene graphische Methode, welche es ermöglicht, die Contracturen und die kataleptische Starre der Hypnotischen von ähnlichen Zuständen der Simulanten zu unterscheiden. Er hält es in der Simulation verdächtigen Fällen für nothwendig, wenigstens eine der somatischen Erscheinungen durch Suggestion hervorzurufen und wieder auf dieselbe Weise verschwinden zu lassen.

In differentiell-diagnostischer Hinsicht ist hervorzuheben, dass die für den Hypnotismus charakteristische Steigerung der Suggestibilität den Hysterischen fehlt. Die Hysterischen bewahren ihre Spontanität. Bei ihnen lassen sich allerdings auch gelegentlich z. B. Contracturen durch Suggestion hervorrufen, jedoch nicht wieder nach Belieben aufheben.

In therapeutischer Hinsicht hat der Hynotismus den in der Salpêtrière herrschenden Anschauungen nach nur einen geringen Werth, ausgenommen in der Hysterie. Hier gibt er jedoch auch nicht immer glänzende Resultate. *B.* unterscheidet zwischen der grossen Klasse von Hysterischen, die für die Hypnose nicht empfänglich sind, und den empfänglichen Hysterischen. Unter diesen bringt der Hypnotismus oft keine Besserung, bald geringe, bald nicht dauernde, unter bestimmten Umständen jedoch sehr rapide und gradezu augenblickliche Heilung. Man darf dabei jedoch nicht vergessen, dass die Suggestion auch in wachem Zustande sehr häufig günstige Erfolge

Digitized by Google

erzielt. Ferner darf man bei organischen Erkrankungen nicht die hin und wieder gleichzeitig bestehenden hysterischen Symptome verkennen, da in derartigen Fällen die durch die Hypnose erzielte Besserung eben auf die Beseitigung der hysterischen Erscheinungen zu beziehen ist.

B. kritisirt dann in scharfer Weise die so weitgehenden therapeutischen Resultate, welche *Bernheim* durch die Hypnose in den verschiedensten Krankheiten erzielt haben will. *Vorster.*

***Gilles de la Tourette* und *Cathelineau*, Der Stoffwechsel bei Hysterie. — Progrès médical, No. 17.**

Die Verf., welche für den hysterischen Anfall im Gegensatz zum epileptischen im Urin eine Verminderung des festen Rückstands, des Harnstoffs und der Phosphate, sowie eine Veränderung der Formel der Phosphate für diagnostisch beweisend halten, wenden sich gegen *Ch. Féré*, der auf Grund von 2 beobachteten Fällen von Epilepsie behauptet, die Veränderung der Formel der Phosphate sei nicht der Hysterie eigenthümlich, sondern könne bei allen Formen von Epilepsie vorkommen. Bei 5 Analysen bei 2 Epileptikern gemacht, fand *F.* 3mal Veränderung der Formel; die Menge der Phosphate ist nur 2mal untersucht. Dieselbe war 1mal gleich, 1mal vermindert. Die Verf. halten die Untersuchungen für ungenügend. *Féré* habe ausserdem die Menge des Harnstoffs, der Phosphate nicht genügend untersucht. Ihre Ansicht werde vielseitig bestätigt. Neue Versuche sind im Gang. *Tröndle.*

***Gilles de la Tourette* et *Cathelineau*, La nutrition dans l'hystérie. — Le Progrès médical, No. 50.**

Verff. resumiren kurz die Resultate ihrer Arbeiten über die chemischen Veränderungen des Urins während des hystero-epileptischen Anfalles, welche seither von einer Reihe von Forschern bestätigt worden sind, und über welche in diesen Blättern schon wiederholt berichtet worden ist. Inzwischen hat *Basi* ähnliche Untersuchungen veröffentlicht und die Priorität der Entdeckung für sich in Anspruch genommen. Dieser Anspruch wird von den Verff. in einer längeren Polemik, bezüglich deren ich auf das Original verweise, zurückgewiesen.

***Maravosik*, Ueber hysterische Geistesstörung. — Internat. klin. Rundschau, No. 24.**

M. hebt zur Charakterisirung der hysterischen Geistesstörung auf Grund zahlreicher Beobachtungen folgende Thatsachen hervor:

Die häufigsten Degenerationszeichen sind eine kurze, nach oben verengte Stirne und fehlerhafte Bildung der Zähne und Ohren. Als äussere Stigmata werden neuropathische, schwärmerische Augen und Pupillendifferenz (bei 73 pCt.) bezeichnet. Die Pupillendifferenz wird oft erst bei

Digitized by Google

Gemüthsbewegungen deutlich. Ferner findet sich Zittern der Hände und der Zunge.

Die häufigsten Fälle fallen in das Alter von 15—25 Jahren und auf die Unverheiratheten (66 pCt.).

Erbliche Belastung bestand bei 52 pCt.

M. unterscheidet eine acute und eine chronische Form der hysterischen Geistesstörung. Die erstere tritt meist nach heftigen Gemüthsbewegungen auf und ist nur von kurzer Dauer. Sie bildet ein Gemenge von hallucinatorischer Verrücktheit und maniakalischer Erregung. Unter den Sinnestäuschungen wiegen die optischen vor, Anomalien der Hautempfindung sind häufig. Diese flüchtigen Störungen können auch andere Hysterische inficiren, wofür *M.* ein Beispiel anführt. Das Bewusstsein ist während des Anfalles getrübt oder aufgehoben. Eigentlich verdient nur diese acute Form die Bezeichnung hysterisch.

Die chronische hysterische Geistesstörung verläuft in der Form der gewöhnlichen Psychosen, nur sind die Züge undeutlicher, schwankend, die Störungen des Bewusstseins und der Stimmung weder intensiv noch andauernd. Sorge um das körperliche Wohl, Erwecken von Mitleid sind charakteristische Erscheinungen. Bei der Manie tritt der erotische Zug in den Vordergrund, plötzliche heftige Erregungen und rasche Remissionen sind häufig, ebenso Perversitäten des Geschlechtstriebes. Bisweilen kommen Stuporzustände mit Unreinlichkeit vor.

Bei der Verrücktheit sind hypochondrische, auf das Geschlechtsleben, die vegetativen Organe und das Allgemeinbefinden gerichtete Wahnvorstellungen häufig. Wichtig sind auch die auf degenerativen Charakter hinweisenden Zwangsvorstellungen. Bei der hysterischen Pseudo-Paranoia rühmen sich die Kranken gewisser Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen und suchen dadurch die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen.

Endlich kommen auch paralytiforme Erscheinungen vor, welche wohl eine bessere Prognose zulassen, jedoch auch lethal enden können.

***Blocq, Paul*, Die Stigmata der Hysterie. — Gazette des Hôpitaux. 23. Januar. (Neurol. Centralblatt.)**

Als Stigmata der Hysterie will *B.* diejenigen Symptome bezeichnet wissen, welche durch die Häufigkeit ihres Auftretens, durch ihren specifischen Charakter, durch ihre unveränderte Dauer u. s. w. als pathognomisch für Hysterie angesehen werden. Was die Hypnose anbetrifft, so hält *B.* eine hysterische Prädisposition für unumgänglich nöthig, um einen Schlaf mit controlirbaren körperlichen Phänomenen hervorzurufen, und insofern kann die Hypnotisirbarkeit in zweifelhaften Fällen den Werth eines Stigma gewinnen. Von den anerkannten Stigmaten bespricht er a) in der Motilität die Contracturen; b) in der Sensibilität die Anästhesien, Hyperästhesien, die hysterogenen Zonen und die Störungen des Gesichts, Geschmacks, Gehörs, Geruchs; c) in der nutritiven Sphäre die Veränderungen der Harn-

Digitized by Google

ausscheidung. — Die Contractur ruft man am leichtesten durch Umschnürung des betreffenden Theiles mit einem elastischen Schlauch hervor; sie tritt auf der anästhetischen Seite leichter und schneller ein. — Als objectives Zeichen der hysterischen Anästhesie gilt die Beobachtung von *Onanoff*, dass die Reactionszeit der Bewegung auf der gesunden Seite verlängert, resp. auf der anästhetischen verkürzt ist. Bei der hysterischen Anästhesie sind ferner im Gegensatz zur organischen die Reflexe erhalten, sowohl die Haut-, Sehnen-, wie die Pupillar- und vasomotorischen Reflexe bei Reizung der anästhetischen Stelle. Dass die organischen Anästhesien häufiger nicht so stark sind resp. nur Hypästhesien sind, dürfte kaum als zutreffendes Unterscheidungsmittel dienen können. Charakteristischer ist die zonenartige, von dem Nervenverlauf und der functionellen Zusammengehörigkeit unabhängige Vertheilung der Anästhesien. Die Anästhesie kann alle Empfindungsqualitäten oder nur einzelne betreffen; auch die dissociirte Empfindungslähmung kommt vor. Häufig tritt die Anästhesie an dem von Lähmung, Krampf etc. betroffenen Theil auf, so bei dem Glossolabialkrampf und dem Spasmus der Augenlider. — Die Haphalgesie (Schmerzerregung durch Berührung mit bestimmten Objecten, Metallen, Pflanzen) findet sich ausschliesslich bei der Hysterie. — Der hysterische Blepharospasmus kommt in drei Formen vor: 1. die clonische Form meist mit Photophobie, 2. die tonische Form meist combinirt mit anderen Spasmen der Gesichtsmuskeln, 3. die pseudo-paralytische Blepharoptosis, in der beide antagonistische Muskeln der Lidbewegung betheiligt und gestört sind. Gewöhnlich finden sich bei dem Blepharospasmus Anästhesien der Lider, der Cornea, der Umgebung des Auges, Amaurose u. s. w. Von anderen Sehstörungen sei erwähnt: die Accommodationslähmung, die Polyopie (monoculare), die Megalopsie, die Micropsie, die Amaurose, endlich die regelmässige und andauernde concentrische Gesichtsfeldeinengung, welche als das wichtigste hysterische Stigma anzusehen ist. — Die erwähnten Stigmata der Hysterie finden sich bei Erwachsenen häufiger als bei Kindern; ihre Zahl und Stärke entspricht der Schwere der Neurose. Ihre Anwesenheit ist noch nicht genügend, um ein organisches Leiden auszuschliessen, wie ihr Mangel durchaus nicht die Diagnose einer Hysterie zurückweisen lässt. Die Hysterie und ihre Stigmata können sowohl organische Leiden vortäuschen, wie sich mit solchen combinirt vorfinden, und bei jedem Nervenleiden ist ihr Werth genau zu erwägen. *S.*

Poisier, Sur un Syndrôme hystérique, simulant la Pachyméningite cervicale hypertrophique. — Thèse de Paris. 1892. (Neurol. Centralblatt.)

Die Hysterie kann ebenso wie ein Malum Pottii, oder Tabes oder multiple Sclerose, so auch die Pachymeningitis cervicalis hypertrophica vortäuschen, sowohl die Symptome wie den Verlauf derselben betreffend. Der beschriebene Fall zeichnet sich durch ein sehr kurzes Stadium der

Digitized by Google

Schmerzen aus und durch das Ueberwiegen der Erscheinungen auf einer Seite. Die gleichzeitigen zahlreichen Stigmata der Hysterie sicherten die Diagnose. *S.*

Ballet, **Le sommeil provoqué par l'occlusion des oreilles et des yeux chez les individus affectés d'anesthésie hystérique generalisée.**

36jähriger, erblich belasteter Mann, von jeher nervös und erregbar. Er fiel im September von einem Felsen in das Meer, wurde bewusstlos herausgezogen und ist seitdem erwerbsunfähig in Folge von Neurasthenie, Hysterie und Morbus Basedowii. Es besteht Prominenz der Bulbi, Struma, Palpitationen (Puls 120—160) und Zittern. Der Kranke hat in grossen Pausen hystero-epileptische Anfälle und mehrere schmerzhafte Zonen. Die ganze Hautoberfläche und sämmtliche zugänglichen Schleimhäute sind absolut empfindungslos. Ein unbestimmtes Gefühl ihm Leibe veranlasst ihn zu uriniren und zu defäciren, von dem Akte selbst hat er keine Empfindung. Letzter Coitus vor einem Jahre ohne jede Wollustempfindung. Muskelsinn gänzlich aufgehoben, ebenso Geschmack und Geruch. Gehör bedeutend herabgesetzt. Beide Gesichtsfelder eingeengt. Pat. tritt sonach nur noch durch das Gesicht und Gehör in beschränkter Weise mit der Aussenwelt in Verkehr. Es bestehen lebhafte Gesichtshallucinationen und der Kranke ist im Wachen in hohem Grade suggestibel. Werden ihm die Ohren verstopft, so ändert sich Nichts in seiner Haltung, schliesst man ihm aber dann die Augen, so stürzt er bewusstlos nieder. Wenn man ihm jetzt die Ohren wieder öffnet, so hört er gleichwohl nichts mehr, er befindet sich in tiefem Schlafe. Das Zittern verschwindet, der Puls sinkt von 120—160 auf 100, die Respiration von 40 auf 22. Dabei ist, wie in der Hypnose, Zittern der Augenlider vorhanden, die Bulbi bewegen sich hinüber und herüber, und die Schwierigkeit den Mund passiv zu öffnen beweist, dass eine Tendenz zu Contractur der Masseteren vorhanden ist. Der Kranke ist durch Geräusche nicht zu erwecken, erwacht aber sofort, wenn man ihm die Augen öffnet. Nach seinen Angaben tritt der Schlaf auch mit Einbruch der Nacht oder in einem dunklen Zimmer ein. Er unterscheidet diesen provocirten Schlaf von dem natürlichen an einem eigenthümlichen Gefühle beim Erwachen. Des Nachts schläft er wenig und unruhig.

Der Kranke führt während des provocirten Schlafes gewisse Befehle aus, welche ihm im Wachen gegeben wurden. Sagt man ihm, ihre Arme werden nach Schluss der Lider steif sein, so tritt diese Steifigkeit nach dem Einschlafen ein. Dagegen gelang es nicht Hallucinationen zu suggeriren. Auch während des provocirten Schlafes gelingt es bei dem scheinbar nichts hörenden Kranken Suggestionen für den wachen Zustand hervorzurufen. So tritt auf eine entsprechende Suggestion nach dem Erwachen Steifigkeit eines Beines, Unfähigkeit zu sprechen etc. ein. Der Kranke hört also, während er schläft, aber er empfindet auch. Berührt man eines

Digitized by Google

seiner Beine, ohne dass er es mit den Augen wahrnehmen kann und sagt: „dieses Bein ist nach dem Erwachen steif", so tritt diese Steifigkeit ein. Die Anästhesie ist demnach nur eine scheinbare, der Kranke nimmt unbewusst tactile Eindrücke auf. Auch im Wachen tritt bei ihm Steifigkeit des Armes ein, wenn man denselben mit den Worten berührt: dieser Arm ist steif. Verf. ist hiernach im Gegensatz zu *Raymond* der Ansicht, dass der durch Verschluss der Augen herbeigeführte Schlaf durchaus analog ist dem lethargischen Stadium der Hypnose.

Hitzig, **Schlafattacken und hypnotische Suggestion. — Berl. klin. Wochenschrift, No. 38.**

Ein 20jähriger Mann erlitt im Juli 1891 eine Hautverletzung in der Gegend des l. Scheitelbeines und eine Haut- und Muskelverletzung am l. Vorderarm. Letztere Verletzung brauchte 12 Wochen zur Heilung. Von der 4. Woche nach der Verletzung an traten in Perioden von 11—12 Tagen Anfälle von Erregung ein mit Kopfschmerz und Temperatursteigerung. Sobald die Temperatur bis 39,0 gestiegen war, verfiel der Kranke in einen Schlaf, welcher circa 2 Tage dauerte. Nach Druck auf die Narbe am Vorderarm erwachte er, trank und schlief dann weiter. Für die Dauer des Schlafanfalles völlige Amnesie, nach demselben Mattigkeit und Kopfschmerz.

Kräftiger Mann. In der Gegend des l. Scheitelbeines eine nicht empfindliche Hautnarbe, 3 Finger breit nach rückwarts von derselben eine auf Druck sehr empfindliche Hautstelle. Vor der Narbe am Vorderarm eine tiefe durch Muskeldefect verursachte Delle. Grobe Kraft der l. Hand bedeutend vermindert. Hemiparese im Gebiet des rechten unteren Facialis. Pinselberührungen in der Umgebung der Narbe am Arm werden schmerzhaft empfunden. Druck auf die Narbe ist sehr schmerzhaft, verursacht excentrische Empfindungen in der Hand. Linksseitige Ovarie.

Die Prodrome begannen 2 Tage vor dem Schlafanfall, sie bestanden in Abnahme des Körpergewichtes, Schmerzen und Sausen im Kopfe, verändertem, misstrauischem Gesichtsausdrucke. Der Schlaf dauerte 36 bis 42 Stunden. Der Kranke lag ruhig da, Muskelcontracturen waren nicht vorhanden, Puls und Temperatur ohne auffallende Veränderungen. Bei Druck auf die l. Ovarialgegend oder auf die Narbe erwachte Pat. einigemal für kurze Zeit, verlangte Wasser und schlief wieder ein.

Während des Schlafes ging das Körpergewicht, das specifische Gewicht und der Stickstoffgehalt des Urins herunter.

Nach dem Schlafe einige Zeit Kopfschmerz und danach bei reichlichem Appetite rasche Zunahme des Körpergewichtes.

Der Kranke war leicht zu hypnotisiren. Auf Suggestion trat eine linksseitige Hemianästhesie ein, mit Anästhesie des l. Nasenloches und der l. Zungenhälfte und concentrischer Gesichtsfeldbeschränkung, links stärker als rechts, die Schlafanfälle blieben nach einer bezüglichen hypnotischen Suggestion 3 Monate weg.

Digitized by Google

Bezüglich der näheren Ausführungen des Verf. über die nutritiven Vorgänge während der Schlafperioden verweise ich auf das Original.

***Steiner*, Ueber hysterischen Schlaf. — Deutsche med. Wochenschrift, No. 27.**

Eine 21jährige aus nervöser Familie stammende Dame litt im 16. Jahre an Unterleibsentzündung. Nach vorausgegangenen Alterationen trat im Februar 1890 ein nervöser Zustand ein mit Angstgefühl, Weinkrämpfen, Kopfschmerzen und Zuckungen im Gesicht und beiden Armen. *St.* constatirte eine hyperästhetische Zone auf dem Scheitel und choreatische Zuckungen der Augenbrauengegend und beider Vorderarme. Besserung durch Landaufenthalt, aber Verschlimmerung nach einem Schrecken. Am 27. Juli Eintritt eines tiefen, 16stünd. Schlafanfalles. Augen fest geschlossen, die oberen Lider fibriren, Bulbi stark einwärts gerollt, Mund geschlossen, Masseteren contrahirt. Rechte Hand in Beugecontractur, rechte Knie steif, Beugung unmöglich. Bei wiederholtem Druck auf die hyperästhetische Stelle am Scheitel öffnen sich jedesmal die Augen. Nach dem Erwachen Abgeschlagenheit, volle Amnesie für die Zeit des Schlafes. Die choreatischen Bewegungen blieben weg, dagegen war verminderte Empfindlichkeit der ganzen rechten Hautfläche incl. Gesicht vorhanden, und ebenso war die sensorielle Sensibilität rechts an Ohr, Nase, Zunge vermindert.

41jähr. Frau, welche im 22. Jahre länger an Urinretention litt und seitdem beim Uriniren stets Uebelkeit empfindet. Seit der ersten Schwangerschaft im 27. Jahre öfter wiederholte Schlafanfälle. Nachdem die Kranke 1½ Jahre lang täglich katheterisirt worden war, constatirte *St.* im October folgenden Zustand: Einfache, natürliche Frau. Concentrische Einengung der Gesichtsfelder, herabgesetzte Sensibilität auf der ganzen linken Körperseite, an der l. Zungenhälfte und l. Rachenseite. Mehrere hyperästhetische Zonen. Aeltere linksseitige parametritische Herde.

Die Harnretention wurde durch wiederholte Suggestionen gehoben. *St.* sah die Kranke während eines Schlafanfalles. Er fand Contracturen in verschiedenen Muskelgebieten. Druck auf hysterogene Zone unterbrach den Schlaf nicht, rief aber „Allgemeinbeugungen" hervor. Nach dem Anfalle Gefühl von Zerschlagenheit.

Pat. gab an, dass dem Anfalle eine Art Aura vorausgehe, und dass derselbe sie oft auf der Strasse überrasche. In einem früheren 2tägigen Schlafanfalle hörte sie, was um sie her vorging, während der späteren Anfälle bestand völlige Bewusstlosigkeit.

***Zukowski*, Ein Fall von Castration bei hochgradiger Hysterie. — Wien. med. Wochenschrift, No. 27.**

24jähriges Mädchen, als Kind rhachitisch, im 5. Jahre an Typhus erkrankt, später sehr anämisch, häufige Ohnmachtsanfälle. Im 15. Jahre Ein-

Digitized by Google

tritt der Menstruation und danach 3 Monate lang Anfälle von Chorea und von Hysteroepilepsie. Von da an blieb Pat. immer anämisch, bekam skrophulöse Drüsenschwellungen und Vereiterungen, Schmerzhaftigkeit der linken Bauchhälfte. Diese Schmerzen steigerten sich im 23. Jahre nach einer Dysenterie. Pat. blieb dauernd im Bett, jede Bewegung steigerte den Leibschmerz. Appetitlosigkeit, Abmagerung, Ohnmachten, Respirationskrämpfe. Hierzu kam Auftreibung des Leibes und wässriger Ausfluss aus der Scheide. Leichte Anteversion des Uterus, etwas vergrösserte Ovarien. Beide Ovarien wurden entfernt. Die Wunde heilte rasch, der Ausfluss aus der Scheide und der linksseitige Leibschmerz waren nach der Operation verschwunden. Dagegen bestand einige Zeit lang Erbrechen und es traten leichte hystero-epilept. Anfälle auf. 6 Wochen nach der Operation war aber der Zustand so befriedigend, dass eine volle Genesung erwartet werden konnte.

Strümpell, **Ueber einen Fall von schwerer Selbsbeschädigung bei einer Hysterischen. — Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, II, 4.**

Ein 26jähriges Mädchen wurde wegen „spontaner Gangrän" in die Klinik gebracht. Das Leiden bestand seit 9 Jahren: an Armen und Beinen traten rothe Flecke auf, die sich in brandige Hautgeschwüre verwandelten. Die Glieder waren mit strahligen Narben bedeckt. Ausserdem litt die Kr. an hysterischen Krampfanfällen. Es gelang Verf. im Bette der Pat. ein grosses Stück Aetznatron zu finden, und das Mädchen gestand ein, dass sie mit diesem ihre Geschwüre bewirkt habe, „weil es mich immer in der Haut so juckte". Es bestand allgemeine Analgesie. Nach Beseitigung des Aetzmittels traten keine neuen Hautentzündungen mehr ein.

Verf. betont, dass das Verfahren seiner Kr. und ähnliche Täuschungen bei anderen Hysterischen nur durch die Annahme eines krankhaften Geisteszustandes erklärlich werden. Nicht selten wurden Steigerungen der Körperwärme durch Bearbeitung des Thermometers vorgetäuscht. Verf. erzählt ein weiteres beobachtetes Beispiel dieser Art, einen Fall, in dem, wie in anderen, das Fieber ausblieb, sobald der Arzt selbst die Messungen vornahm. *S.*

Schaffer, Karl, **Untersuchungen über die elektrischen Reactionsformen bei Hysterischen. — Deutsch. Arch. f. klin. Medic., XLVIII, 3 u. 4.**

Aus seinen sehr eingehenden und sorgsamen Untersuchungen zieht Verf. folgende Schlüsse:

1) Sowohl die quantitativen als qualitativen Veränderungen der elektrischen Nerven- und Muskelerregbarkeit sind bei Hysterie nicht ausgeschlossen.

Digitized by Google

2) Der LW der anästhetischen Haut ist entschieden höher als jener der sensiblen Epidermis.

3) Der W der anästhetischen Haut sinkt auf das rWm viel leichter als der Widerstand der empfindlichen Epidermis.

4) Der LW scheint nach dem Verschwinden der Anästhesie nicht abzunehmen, sondern im Gegentheil zuzunehmen und erst einige Tage hernach auf die Norm zu gelangen. *S.*

***Hirt*, Eine Epidemie von hysterischen Krämpfen in einer Dorfschule. — Berl. klin. Wochenschrift, No. 50.**

In der Dorfschule zu Tinz, in welcher Knaben und Mädchen zusammen im gleichen Schulzimmer unterrichtet werden, bekam am 28. Juni ein zehnjähriges Mädchen einen Anfall von Zittern der rechten Hand, welches sich auf den ganzen Körper ausdehnte und ½ Stunde dauerte. Am nächsten Tage traten diese Zitteranfälle auch bei noch mehreren Mädchen auf, kehrten von da an täglich während des Schulunterrichtes wieder. Anfangs Juli wurde eines der zitternden Mädchen von Krämpfen befallen und stürzte von der Bank, ohne aber das Bewusstsein zu verlieren. Vom 14.—20. Juli erkrankten von 38 Mädchen 20 an solchen Krämpfen, welche ¼—1 Stunde anhielten. Fast auf jeder Bank traten Anfälle auf, die Mädchen stürzten unter die Bänke und mussten von den Knaben aus dem Schulzimmer getragen werden. Schliesslich trat bei 8 von den 20 Mädchen während der Krämpfe Verlust des Bewusstseins auf. Während der Sommerferien, vom 27. Juli — 29. August, verloren sich die beschriebenen Erscheinungen, dagegen klagten nach Wiederbeginn der Schule mehrere Mädchen über heftige Kopfschmerzen.

Bei 2 zwölfjährigen Mädchen trat nach Schreck eine Paraplegie beider Beine auf, sie konnten nicht mehr gehen und nicht mehr stehen und bekamen ausgesprochen hystero-epileptische Krampfanfälle, welche nach dem *Charcot*'schen Schema verliefen. Beide wurden durch Suggestion von der Lähmung und von den Krämpfen rasch geheilt.

Bei keinem von den erkrankten Mädchen war eine besondere Prädisposition für Neurosen nachzuweisen, auch das Schullokal war durchaus gesund.

Verf. hebt hervor, dass keiner von den 36 in derselben Klasse mitunterrichteten Knaben erkrankte und schliesst daraus, dass in der That beim weiblichen Geschlechte eine grössere Prädisposition für hysterische Erkrankungen vorhanden ist.

***Rieger*, *K.*, Psychische Epidemie, Hysterie und Hypnotismus. — Centralblatt f. Nervenheilkunde, XV. Juli, August. *Schmidt*'s Jahrbücher.**

Ier katholischen Schule zu Biberach erkrankten 1891 rasch hinter- 13 Mädchen von 11—13 Jahren an hysterischen Anfällen. Ein

Digitized by Google

Mädchen hatte in der Kirche den Anfall einer fremden Dame gesehen. Sie war heftig erschrocken und als ihr zufällig einmal übel wurde, fühlte sie ihre Beine wie gelähmt, beim 2. Male verfiel sie in einen schlafähnlichen Zustand und seitdem hatte sie häufig solche Anfälle. Die anderen Mädchen hatten theils die Anfälle mit angesehen, theils viel von ihnen gehört. Theils bekamen sie auch Schlafanfälle, theils Krampfanfälle. *S.*

Kirchgässer, Gisbert, Ueber epidemisch auftretende Krämpfe. — Dissertation. Bonn, 1892. ***Schmidt's*** Jahrbücher.

K. hat eine Epidemie in dem Städtchen Mettlach beobachtet. Ergriffen wurden 12 Mädchen und 2 Knaben. Ein 11jähriges, schon vorher nervöses Mädchen bekam ohne bekannte Ursache einen Krampfanfall. Dieser wiederholte sich in der Schule. Rasch folgten dann die übrigen Erkrankungen. Alle erkrankten Kinder waren „neuropathisch belastet". Die Anfälle unterschieden sich nicht von anderen hysterischen Anfällen, doch will sie *K.* nicht hysterisch nennen. Eine ausführliche historische Einleitung gibt einen Ueberblick über frühere psychische Epidemien. *S.*

Salmeron, De l'Hystérie alcoolique. — Thèse de Paris. 1892. Neurol. Centralbl.

Fast alle Arten der Alkohol-Intoxication können eine toxische Hysterie erzeugen; am häufigsten ist dieselbe bei dem Missbrauch des Absinths. Der Alkoholismus der Eltern hat häufig einen beträchtlichen Einfluss auf die Entstehung der Hysterie bei den Kindern. Häufig finden sich neben dem Alkoholismus noch anderweitige ursächliche Momente für die Hysterie; der Alkoholmissbrauch kann die latente Prädisposition steigern resp. die Hysterie zum Ausdruck bringen. Die Symptomatologie der alkoholischen Hysterie weicht in nichts von den Formen aus anderer Ursache ab. *S.*

Neveu-Dewtról, De l'Hystérie consécutive à l'Intoxication par la Morphine. — Thèse de Paris. 1891. Neurol. Centralblatt.

Wie andere Intoxicationen kann auch die Morphium-Intoxication eine Hysterie wieder erwecken oder eine neue bei einem prädisponirten Individuum hervorrufen. Die hysterischen Anfälle treten meist in der Zeit auf, wo kein Morphium genommen wird und sind häufig der Intoxication selbst nicht zuzuschreiben. Gelingt es, die Morphiumsucht zu heilen, so bessert sich die Hysterie, namentlich bei schneller Entziehung mit Hilfe der Suggestion. — Es wird noch besonders vor der Anwendung des Morphium bei Hysterischen gewarnt. *S.*

Digitized by Google

9. Delirium acutum. Alcoholismus. Toxische Psychosen und Neurosen. Ref.: Peretti-Merzig.

Crothers, Das Gesetz der Periodicität bei der Trunksucht. — The Alienist and Neurologist. Juli.

Der periodische Trinker hat einen neurotischen Charakter. In der Abstinenzperiode ist er strenger Moralist, Vorkämpfer für Temperenzbestrebungen in Wort und Beispiel und während des Trinkparoxysmus das genaue Gegentheil von Allem. Mehr als 60 pCt. aller Säufer gehören nach statistischen Aufstellungen in diese Klasse. Bei dem Einen bricht die Trinkmanie wie aus heitrem Himmel plötzlich herein, gerade wenn man es am wenigsten erwartet, am Hochzeitsabend oder bei Gelegenheit irgend eines andern freudigen Ereignisses; bei einem Andern gehen dem Anfall Vorboten voraus, ungewohnte Aufregung oder Depression, gesteigerte Unternehmungslust oder Stumpfsinn; ein Dritter glaubt, er sei krank und bedürfe des Alkohols als Arznei, ohne daran zu denken, dass er früher denselben Glauben hatte und mit dem ersten Trunk in den Paroxysmus verfiel; eine 4. Klasse endlich zeichnet sich durch die exacte Wiederkehr der Trinkcyclen aus. In mehr als 90 pCt. aller Fälle besteht erbliche Veranlagung. Die periodische Trunksucht gehört in die Categorie der Epilepsien, ist eine maskirte Epilepsie und wie der Alkoholismus Epilepsie hervorruft, so wird umgekehrt der Epileptiker häufig ein periodischer Trinker. Die Dauer des Trinkparoxysmus folgt einer gewissen Regel, beträgt im Anfang nur einen Tag oder eine Nacht, später 2—3 Wochen und nimmt dann wieder ab bis zur Dauer eines Tages oder weniger Stunden. Ebenso ist es mit den freien Intervallen, sie erstrecken sich anfangs über mehrere Monate bis zu Jahren, werden dann kürzer, bis sie das Minimum von einem Tag erreichen und wachsen dann wieder an, bis die Krankheit erlischt oder mit Tod endet. Dieses Ansteigen und Abnehmen in der Dauer der Trinkperiode und des freien Intervalls deutet auf ein noch unbekanntes Gesetz, welches die Nerventhätigkeit beherrscht. *Gottlob.*

Crothers, Trunksucht verursacht durch psychisches Trauma. — The American Lancet. Januar.

Verf. unterscheidet bei der Trunksucht 2 Stadien. Das erste oder neurotische Stadium kann sehr verschiedene Symptome zeigen, meist bestehen nervöse Erschöpfung, Labilität der nervösen Functionen oder Ernährungsstörungen und es endet mit dem ersten Alkoholexcess; das zweite Stadium bildet die eigentliche Trunksucht und geht in Heilung oder Tod aus. Ein psychisches Trauma kann den Betroffenen zunächst in das erste, aber auch sofort in das 2. Stadium bringen. Fälle: Ein bisher gesunder

Digitized by Google

Kaufmann, ohne erbliche Belastung, sitzt in einem Eisenbahnzug, der entgleist. Er erleidet eine heftige Gemüthserschütterung und muss wegen functioneller Lähmung aus dem Coupé gehoben werden. Nach einigen Tagen hat er sich so weit erholt, dass er nach Hause reisen kann, er klagt jedoch noch über Erschöpfung und neuralgische Schmerzen. Von diesem Zeitpunkt an ist er ein excessiver Trinker, bis er nach 3 Jahren an einer Pneumonie stirbt. Ein ebenfalls bisher gesunder, erblich nicht belasteter Geistlicher verliert plötzlich seine Frau durch ein Eisenbahnunglück, verfällt in ein nervöses Fieber, das 2 Wochen dauert und ist dann trunksüchtig. Er behauptet, er bedürfe des Alkohols gegen seine Nervenschwäche.

In gleicher Weise wirkt das Trauma auf psychisch Belastete, und Verf. führt auch hierfür mehrere Beispiele aus seiner Erfahrung an. Andere Fälle sind dadurch ausgezeichnet, dass sich nach dem Trauma zunächst das neurotische Stadium ausbildet. Ein Bankier z. B. wird bei Tisch durch den plötzlichen Tod seines Vaters heftig erschüttert, ist seitdem schlaflos, zerstreut, nervös, klagt über Kopfweh und wird längere Zeit hindurch ohne Erfolg ärztlich behandelt. Ungefähr ein Jahr nach dem Ereigniss fängt er plötzlich an zu trinken. Ein völlig gesunder, nicht belasteter Farmer will seinen Sohn besuchen und trifft denselben bei seiner Ankunft getödtet an, klagt seitdem über Unwohlsein, mangelhaften Schlaf, leichte Ermüdung und neuralgische Schmerzen. Nach 5 Jahren plötzlicher Ausbruch der Trunksucht. In noch andern Fällen beginnt der Kranke nach dem Trauma zur Linderung seiner Nervosität mit dem Genuss mässiger Mengen Alkohols, wird aber regelmässig später excessiv trunksüchtig mit nachfolgendem raschen geistigen Verfall. *Gottlob.*

***Wright*, Ueber einige in der Natur und Behandlung der Trunksucht enthaltene Grundsätze. — The Alienist and Neurologist. April.**

Die Trunksucht ist eine der Formen, durch welche sich die neurotische Constitution kundgibt. Die Behandlung der Trunksucht hat daher vor Allem diese neurotische Grundlage zu berücksichtigen. Andere Behandlungsmethoden sind verfehlt. Dadurch, dass man bei dem Patienten den festen Glauben erweckt, man gebe ihm ein direct und sicher wirkendes Mittel gegen seine Leidenschaft, kann man wohl einen temporären Erfolg erzielen, im Uebrigen aber ist eine solche Suggestion ganz wirkungslos. Die Geheimmittel, welche dem Kranken als unfehlbar wirkend angepriesen werden, bringen seine Constitution nur noch mehr herunter. Auch die Versuche, statt des Alkohols Cocain, Morphin, Haschisch etc. zu substituiren, sind verwerflich und führen nur zum sicheren Ruin des unglücklichen Kranken. Man gehe der Ursache der Trunksucht nach, bessere die Constitution, beseitige eine Narbe am Kopfe, entferne einen Bandwurm etc.

Gottlob.

Digitized by Google

Crothers, Klinische Notiz über die Trunksucht. — The American Lancet. Febr.

Der kurze Artikel wendet sich gegen die Aerzte, welche die Trunksucht nicht als eine Krankheit gelten lassen wollen, sondern dieselbe noch immer vom Standpunkt des Moralisten beurtheilen. Ein Trinker, dessen Geschichte in einer Streitschrift gegen die Trunksucht als Krankheit verwerthet worden war, kam nachher in die Behandlung des Verf. und es gelingt diesem nun leicht der Nachweis, dass es sich in diesem Falle wirklich um eine Krankheit gehandelt hat. Sonst bietet der Artikel nichts Neues. *Gottlob.*

Mackenzie, Hector W. G., Alcoholismus und Tuberculose. — The Brit. med. Journ., 27, II. (Internat. klin. Rundschau, No. 33.)

Dass Alkoholiker weniger als Andere zur Tuberculose disponirt sind und dass ein Abusus spirituosorum in jedem Lebensalter gewissermaassen prophylaktisch gegen Tuberculose wirken soll, ist nach *M.* eine irrige, sogar ins Gegentheil umzuwandelnde Annahme. Die tuberculöse Infection entwickelt sich bei Alkoholikern sehr rapide, führt in einer geringeren Durchschnittsdauer zum Exitus. Bei Alkoholikern ist es besonders wichtig, bei auftretenden Brustsymptomen das Sputum auf Bacillen zu untersuchen, da die physikalischen Erscheinungen oft wenig deutlich sind. „Als der gewöhnliche Typus der alkoholischen Phthise kann eine Verbindung von Kavernen mit bronchopneumonischer Consolidation betrachtet werden und meistentheils kommt eine erhebliche Ablagerung des grauen Tuberkels in der Lunge vor;" vielfach ist Tuberculose anderer Organe, so besonders des Peritoneum vorhanden. *M.* glaubt behaupten zu können, dass bei Männern sehr häufig Alcoholismus der Tuberculose in denjenigen Fällen vorhergehe, bei denen eine hereditäre Prädisposition vorliegt, während bei Frauen diese Behauptung nicht aufgestellt werden kann.

Verbrechen und Trunksucht. — The Pacific Record of Medecine and Surgery, No. 8, p. 231.

Die grosse und sich von Jahr zu Jahr vermehrende Zahl der von Alkoholisten begangenen Verbrechen wird nicht abnehmen, so lange man die Trunksucht als ein Laster ansieht; die kurzen Freiheitsstrafen bessern den Trinker keineswegs, er wird nach seiner Freilassung weiter trinken und wieder in derselben Weise, wie früher, mit dem Gesetz in Conflict gerathen. Zu verhüten sind die auf den Boden des Alcoholismus erwachsenden Verbrechen nur, wenn man den Trinker als einen kranken, unzurechnungsfähigen Menschen ansieht, ihm seine Freiheit nimmt und zur vollständigen Alkoholabstinenz zwingt.

Digitized by Google

Westergaard, Zur Alkoholfrage in Dänemark. — Deutsche medic. Wochenschrift, No. 5.

Wie in anderen Ländern mit grossem Alkoholconsum, so machen sich auch in Dänemark in den letzten Jahren Bestrebungen zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs geltend, ohne dass aber bis jetzt, abgesehen von dem guten Einfluss einer Temperenzbewegung auf dem Lande, ein Erfolg zu verzeichnen ist. Die von der Regierung vorgeschlagene Erhöhung der entschieden zu niedrigen Branntweinsteuer von 21 auf 116 Pfg. für den reinen Liter Alkohol wurde vom Volksthing abgelehnt; auffallend ist, dass selbst die Temperenzler gegen dieses Steuerproject und für den „billigen Schnaps des armen Mannes" waren. Dagegen ging die am 1. October 1891 in Kraft getretene Neueinführung einer Biersteuer, die in den ersten 4 Jahren $8^3/_4$ M., später $12^1/_2$ M. pro Tonne (ca. 140 Liter) von jedem mehr als $2^1/_4$ pCt. Alkohol enthaltenden Bier beträgt, durch. Die Wirkung dieses Gesetzes auf den Bierconsum ist noch abzuwarten.

Die Zahl der Ausschankstellen für Branntwein wurde in Kopenhagen durch Erhöhung der Abgaben, Entschädigung der ihre Licenz aufgebenden Schankwirthe und vorläufige Einstellung der Verleihung neuer Concessionen bedeutend eingeschränkt, 1880 hatte Kopenhagen bei 235000 Einwohnern 2600 Ausschank- und Kleinverkaufsstellen, 1891 bei 313000 Einwohnern nur 897 Schankwirthe und 120 Gasthäuser, dazu aber noch 1200 Kleinhändler, die Branntwein verkaufen. Nach neueren Polizeiverordnungen müssen die Wirthshäuser in der Regel von 12 Uhr Nachts bis 4 Uhr Morgens geschlossen sein, Arbeitslohn darf in ihnen nicht ausgezahlt werden, weibliche Bedienung ausser den Angehörigen des Wirthes ist verboten, sichtlich betrunkenen oder noch nicht 16 Jahre alten Personen dürfen keine geistigen Getränke verabreicht werden. In Folge dieser Bestimmungen sieht man selten noch Betrunkene auf den Strassen, aber ein Beweis für die Abnahme des Alcoholismus ist natürlich dadurch nicht erbracht.

Zur Zeit arbeitet man an einem Gesetzentwurf, der das Verbot des Ausschanks von Branntwein an Sonntagen von 9 bis 4 Uhr enthält. Entmündigungsbestimmungen für Trinker gibt es in Dänemark nicht. Der schon seit Jahren ins Auge gefasste Plan der Errichtung einer Trinkerheilanstalt scheint in absehbarer Zeit noch keine Aussicht auf Verwirklichung zu haben.

Chaddock, C. G., Die Gesichtstäuschungen des Alkoholdelirium. — The Alienist and Neurologist. Januar.

Die beim Alkoholdelirium constanten und fast pathognomonischen Gesichtstäuschungen (Sehen von Schlangen, kriechenden und anderen Thieren) sind keine reine Hallucinationen, sondern eigentlich als Illusionen aufzufassen und beruhen darauf, dass die entoptischen Vorgänge, wie sie in der Pulsation der Retinagefässe, den Nachbildern, mouches volantes u. s. w.

Digitized by Google

gegeben sind, in perverser Weise percipirt werden. Da diese Vorgänge sämmtlich mit Bewegungserscheinungen verknüpft sind und da für uns die Erscheinung eines sich bewegenden Objectes beinahe untrennbar von der Vorstellung eines belebten Wesens, eines Thieres ist, so wird beim Alkoholisten in Folge einer directen Ideenassociation die Perception eines entoptischen Vorganges in die Vorstellung eines Thieres umgebildet.

***Beldau*, Ueber Behandlung der Trunksucht mit Strychnin. — Deutsche medic. Wochenschritt, No. 25.**

B. macht auf verschiedene Veröffentlichungen in russischen medicinischen Zeitungen von *Portugalow*-Samara und *Jergolski* aufmerksam, in welchen das Strychnin aufs Wärmste gegen Trunksucht empfohlen wird. Selbst die eingefleischtesten Potatoren wurden durch einige Strychnininjectionen geheilt, bekamen einen unüberwindlichen Widerwillen gegen Alkohol und konnten geistige Getränke nicht mehr vertragen.

Portugalow behauptet, in der Medicin nur gegen zwei Leiden zuverlässige Mittel zu kennen: Chinin gegen Fieber und Strychnin gegen die verschiedenen Formen des Alcoholismus; er behandelt seine Patienten folgendermaassen:

Rp. Strychnin. nitric. 0,06
Aq. destill. 15,0.
D. S. zur subcutanen Injection.

Täglich 1—2 Injectionen, erst zu 0,5, hernach zu 0,25. Es genügen im Ganzen 10—16 Injectionen. Zugleich kann man auch etwas Natr. bromat. verabreichen.

Nach der Zeitschrift „Nedelja" ist jeder Fachmann verpflichtet, die Wirksamkeit des Strychnins in dieser Hinsicht bei jeder gebotenen Gelegenheit zu erproben, da es sich um die Rettung Hülfloser handelt. (*Schmitz* in seinem Werkchen über die Trunksucht kann in den Lobgesang von der wunderthätigen Wirkung des Strychnins nicht einstimmen, er sah nach dessen Anwendung nur Besserung des Appetits und secundäre Hebung des Schwächezustandes, nicht aber Abneigung gegen alkoholische Getränke.)

***Baer*, Die Unterbringung und Behandlung von Gewohnheitstrinkern. — Deutsche medic. Wochenschritt, No. 34.**

B. referirt über zwei Abhandlungen von *Lewis D. Mason*, dem Leiter des Inebriate Home, Fort Hamilton bei Brooklyn, einer staatlich organisirten Anstalt zur Verwahrung und Behandlung von Gewohnheitstrinkern: The Control and Cure of Pauper Inebriates of Towns and Cities (Journal of Inebriety. April 1889) und A Study of the social Statistics of 4663 cases of Alcoholic-Inebriety (ibid. July 1890).

Die Bevölkerung der genannten Anstalt, die zu ihrer Unterhaltung 15 pCt. der Getränkesteuer erhält, setzt sich zusammen aus freiwillig

Digitized by Google

eintretenden, selbst zahlenden Trinkern, die in einem besonderen Theil der Anstalt untergebracht sind, allen wegen Trunksucht verurtheilten Personen und allen von dem Friedensrichter als Gewohnheitstrinker erklärten Personen. Unter 23912 polizeilichen Verhaftungen in der Stadt Brooklyn im Jahre 1887 erfolgten 13862 wegen Trunkenheit; nur 108 darunter betrafen Personen, die als Gewohnheitstrinker amtlich bekannt waren, eine Zahl, die der Wirklichkeit gar nicht nahe kommt, da nach dem Zeugnisse der Polizeiverwaltung wenigstens zwei Drittel, wenn nicht zwei Viertel aller Verhafteten Alkoholisten sind. Geld- oder kurze Haftstrafen üben gar keinen bessernden Einfluss auf die Trinker aus, eine längere Gefängnissstrafe dagegen, wie sie bei im Rausche begangenen Verbrechen verhängt wird, kann einen Trinker zum nüchternen Menschen machen. So muss der Trinker auch in der Heilanstalt, wenn man einen Heilerfolg erwarten will, längere Zeit, nicht weniger als ein Jahr, bleiben, er muss zur Arbeit angehalten werden und sich daselbst etwas verdienen können, damit er bei seiner Entlassung nicht ganz ohne Mittel dasteht. Strafmittel helfen gegen Trunksucht nichts, der Trinker ist ein Kranker, er muss geheilt werden und zwar dadurch, dass man ihn in eine Anstalt einsperrt. Auf der Strasse gefundene Betrunkene dürfen nicht, wie es bisher geschieht, in den Polizeilocalen aufsichtslos längere Zeit sich selbst überlassen bleiben, weil Manche dort von ihrem Rausch nicht wieder aufgewacht sind, sie müssen vielmehr in ein für solche und ähnliche Fälle besonders eingerichtetes, für jede grössere Stadt nothwendiges Krankenhaus gebracht werden.

Aus den im Inebriate Home gemachten Erfahrungen ergab sich, dass Neger, trotzdem sie viel Alkohol geniessen, weniger als die nervös-sanguinischen Amerikaner, den verderblichen Folgen der Trunksucht ausgesetzt sind, möglicherweise in Folge ihrer Lebensweise im Freien und wegen des niedrigen Grades ihrer Nervenorganisation. Die Bewohner von Küsten- und Thalgegenden scheinen leichter trunksüchtig zu werden, als die von Gebirgen und Hochlanden. — Unter den behandelten Trinkern hatten die Verheiratheten, mehr noch bei den Frauen als bei den Männern, ein bedeutendes Uebergewicht über die Ledigen, die männlichen ledigen Kranken wurden mehr rückfällig als die verheiratheten, während bei den Frauen umgekehrt nur ausnahmsweise eine ledige Kranke rückfällig wurde. Unter 3380 Entlassenen waren 43 pCt., die sich ganz gut verhielten, 19,5 pCt. wurden aus dem Gesicht verloren, 16,5 pCt. waren ungebessert, 16,5 pCt. kamen in die Anstalt zurück, 2,5 pCt. starben und 2 pCt. kamen in eine andere Anstalt. Unter günstigeren Umständen, wenn nämlich die Kranken früher und nicht, wie bisher, erst nach jahrelangem Alkoholmissbrauch in die Anstalt gebracht werden und wenn sie länger wie jetzt, wo nur ein Viertel über 6 Monate, dagegen drei Viertel zwischen 1 und 3 Monate in der Anstalt bleiben, zurückgehalten werden können, würden nach *Mason*'s Ansicht wenigstens drei Viertel der behandelten Trinker geheilt werden.

Digitized by Google

Soviel auch dafür sprechen mag, Gewohnheitstrinker in ein und derselben Anstalt mit Geisteskranken zu verpflegen, so ist doch dagegen der Umstand ins Feld zu führen, dass das Zusammenleben mit Geisteskranken für die in der ersten Zeit des Anstaltsaufenthaltes meist geistig nicht ganz normalen Trinker die Gefahr des Uebergangs in Geistesstörung fördern würde.

***Souques*, Auf Veränderung des Orts (ambulatoire) gerichteten Automatismus bei einem Dipsomanen. — Archives de Neurol. Juli. No. 70.**

33jähriger Mann, hereditär belastet, langsame Entwickelung in der Kindheit, immer etwas melancholisch, vom 20. Jahre an Potator mit periodischen Unterbrechungen.

In diesen Trunksuchtsperioden nun bekam Pat. den Drang, von Hause wegzulaufen. Er legte dann grosse Strecken Wegs zurück: das erste Mal blieb er 40, das zweite Mal 28 Stunden von seiner Heimath weg. Pat. war sich dabei seiner Handlungen genau bewusst, er konnte nur dem Drange nicht widerstehen.

Verf. hält dieses periodisch sich wiederholende Weglaufen von Hause für automatische Handlungen eines hereditär belasteten Menschen.

Langermann.

***Krukenberg, H.*, Beiträge zur Kenntniss des Delirium tremens. — Zeitschrift für klinische Medicin, Bd. XIX.**

Unter 265 Kranken, welche in 301 Fällen von Alcoholismus in Hamburg-Eppendorf aufgenommen waren, waren etwa 45 pCt. rückfällig. Auf Delirium tremens fallen 148 Patienten. Verf. gibt an, dass eine plötzliche Entziehung des Alkohols als Veranlassungsursache des Delirium tremens keine Rolle spiele. Soweit sich eine bestimmte Gelegenheitsursache nachweisen liess, standen Pneumonien und grobe Excesse als Anlass für den Ausbruch im Vordergrund. Die Mortalitätsziffer von 10 pCt. spricht auch dafür, dass bei der in Hamburg-Eppendorf angewandten vollständigen Entziehung des Alkohols und obgleich bei gewöhnlichen Delirien nie Alkoholica verabfolgt wurden, die Gefahr eines Collapses nicht erhöht werde.

Das Gesichtsfeld wurde bei 19 Kranken während, vor oder nach dem Delirium regelmässig gemessen. Zuweilen gelang es noch vor oder während des Deliriums zu messen und so festzustellen, dass eine Gesichtsfeldeinengung sich erst herausbildete, bezw. nach Ablauf des Deliriums noch zunahm. Unter diesen Deliranten waren 35,5 pCt. epileptisch; später als 8 Tage nach der Aufnahme traten nie Anfälle ein. Sphygmographisch charakterisirte sich der Puls des chronischen Alcoholismus als tardus (bei älteren Personen), beim Delirium tremens auch ohne wesentliche Temperatursteigerung als dicrot. Geringe Albuminurie fand sich bei 52 pCt. der Deliranten für kurze Zeit vor. Experimentell konnte *K.* bei mit Aethyl-

Digitized by Google

alkohol gefütterten Thieren nach einem Monat interstitielle Veränderungen in den Nieren erzeugen. *S.*

Tuckey, L., **Der Werth der Hypnose bei chronischem Alcoholismus. — Brit. med. Journ., No. 1652.**

Nach *T.* erweist sich die Hypnose als ein Mittel, durch welches eine ansehnliche Zahl von hoffnungslosen Säufern für Nüchternheit und nützliche Arbeit zurückgewonnen werden kann. Im Laufe von 3 Jahren hat *T.* 32 Fälle von zumeist verzweifelten Fällen von Alcoholismus durch die hypnotische Suggestion behandelt, in welchen alle anderen Mittel zu keinem Erfolge geführt hatten. 21 davon waren Männer, 11 Weiber. Von den Männern betrachtet er 3 als definitiv geheilt, nachdem seit mehr als zwei Jahren kein Rückfall eingetreten ist; 6 andere scheinen auch geheilt zu sein, doch ist die Zeit zu kurz, um darüber endgültig entscheiden zu können. In 5 Fällen war eine bedeutende Besserung zu constatiran, denn die noch vorkommenden Anfälle von Trunksucht sind viel kürzer und seltener geworden. In 3 Fällen trat nach zeitweiser Besserung ein Rückfall ein mit nachfolgender Unzugänglichkeit für die hypnotische Suggestion. Von den Weibern sind 2 als dauernd geheilt zu betrachten, 2 bedeutend gebessert; in 6 Fällen war Rückfall binnen einigen Monaten eingetreten.

Einer erwies sich als unzugänglich. Im Allgemeinen waren die Kranken von verschiedener Lebensstellung, viele an wirklicher Dipsomanie leidend, worunter manche erwiesenermaassen hereditär belastet. Die hereditäre Belastung bildet kein Hinderniss für die Wirksamkeit der Suggestion. Diese Wirksamkeit entspricht nicht immer der Tiefe des hypnotischen Schlafes, denn manche von den gerade am tiefsten Schlafenden erwiesen sich als gänzlich unzugänglich für die Suggestion. *S.*

Rahts, **Die Heilanstalten des deutschen Reiches. Nach den Erhebungen der Jahre 1886, 1887 u. 1888. I. Abtheilung: Die allgemeinen Krankenhäuser. — Julius Springer. Berlin, 1892.**

In der sehr ausführlichen und umfänglichen Berichterstattung ist auch der chronische Alcoholismus und Säuferwahnsinn berücksichtigt worden. Chronischer Alcoholismus und Säuferwahnsinn sind in den allgemeinen Krankenhäusern während des Berichtszeitraumes häufiger als in in den 3 Jahren vorher zur Behandlung gekommen und zwar 32833 M. und 1934 Fr.; es sind im letzten Zeitraum (1886—1888) 8408 oder jährlich 2800 Personen mehr als in demselben Zeitabschnitte vorher mit Alcoholismus zugegangen. Auf je 1000 Krankheitsfälle bei männlichen Personen kamen damals 22,5 jetzt 27,0 Fälle von Alcoholismus. Es besteht somit kein Zweifel, dass das Leiden unter derjenigen Bevölkerungsklasse zugenommen hat, welche die Krankenhäuser vorwiegend aufsucht. Indessen liefern die in den allgemeinen Krankenhäusern gewonnenen Zahlen kein

Digitized by Google

vollständiges Bild über das wirkliche Vorkommen der Krankheit, weil grundsätzlich nur eine Krankheit eingetragen wird und der Alcoholismus die Ursache für viele Leiden abgibt, die bei der Aufnahme mehr in den Vordergrund treten. Die meisten Fälle von chronischem Alcoholismus, mehr als 50 pro Mille aller Krankheitsfälle, sind bei männlichen Personen beobachtet in Brandenburg (ausschliesslich Berlin), Posen, Pommern, Westpreussen, Schleswig-Holstein, Hamburg; die wenigsten in Bayern, Baden, Würtemberg, Elsass-Lothringen. Die 3jährige Berichtsperiode lässt gegenüber der unmittelbar vorausgegangenen Periode nicht nur im Ganzen, sondern auch in den einzelnen Gebieten fast überall eine erhebliche Zunahme der Fälle von Alcoholismus erkennen. Die Sterblichkeitsziffer der an Alcoholismus behandelten Personen war im Durchschnitt 4,6 pCt., unter den weiblichen Kranken, deren Zahl weitaus geringer ist, war die Sterblichkeit etwas höher, etwa 6,8 pCt. *S.*

Hitzig, **Morphium, Abstinenzerscheinungen und Magen. — Berlin. klin. Wochenschrift, No. 49.**

Eine der unangenehmsten Abstinenzerscheinungen bei der Morphiumentziehung, die entsetzliche Unruhe in Rumpf und allen Gliedern und in Verbindung damit die Empfindung von Wärme und Brennen im Rücken, erinnert sehr an ähnliche Klagen vieler Kranken, die an chronischem Magenkatarrh leiden, und, da nun nach den Untersuchungen von *Ali* Hunde sehr grosse Mengen, wahrscheinlich die Hälfte des ihnen subcutan injicirten Morphiums innerhalb der ersten Stunde nach der Injection durch den Magen ausscheiden, so scheint die Annahme berechtigt, dass bei Morphinisten sowohl die Elimination der grossen Morphiummengen durch die Secretionsorgane des Magens, als auch die mehr oder minder plötzliche Sistirung dieses Vorganges auf die Secretion selbst eine Einwirkung ausübt. *H.* schloss nun weiter, dass vielleicht mit der Sistirung der Morphiumzufuhr eine plötzliche erhebliche Veränderung des bis dahin chronisch veränderten Magenchemismus aber nach der entgegengesetzten Richtung eintritt und vermuthete, dass diese Veränderung in einer Ueberfluthung des Magens mit Salzsäure zu suchen sei, dass sich also die subjectiven Beschwerden einfach durch die Analogie des hyperaciden Magenkatarrhs erklären liessen.

H. benutzte nun die sich darbietende Gelegenheit, bei einem morphinistischen Collegen, der bereits früher zwei Entziehungskuren unter überaus heftigen Abstinenzerscheinungen durchgemacht hatte, den Magenchemismus während der Entziehungskur zu untersuchen. Die jeden Morgen vorgenommene Ausheberung des Magens ergab, abgesehen von einigen durch Versehen entstandenen Unregelmässigkeiten, dass der Gesammt-Salzsäuregehalt, der während des Morphiumgebrauches nur Spuren betrug, entsprechend der Verminderung der Morphiumzufuhr gleichmässig anstieg und dass eine weitere sehr erhebliche Steigerung des Salzsäuregehaltes am 3. Tage nach der gänzlichen Sistirung der Einspritzungen statthatte; die

Digitized by Google

Salzsäureabsonderung erreichte aber nicht einen solchen Grad, dass man von Hyperacidität sprechen konnte. Somit hatte *H.*'s Hypothese nur zum Theil ihre Bestätigung gefunden. Nichtsdestoweniger befand sich der Pat. unter der Behandlung (morgendliche Expressionen mit später folgenden Magenausspülungen mit Karlsbader Salz, abendlichen lauwarmen Bädern und 2 g Trional) ausserordentlich wohl, nicht nur die auf den Magen zu beziehenden Abstinenzerscheinungen blieben aus, sondern die Abstinenzerscheinungen blieben überhaupt so gut, wie ganz aus.

Der fast gänzliche Fortfall aller Abstinenzerscheinungen lässt sich durch die Magenbehandlung, die allein als wirksam in Betracht kommt, nicht gut erklären; für das Ausbleiben der vom Magen ausgehenden Symptome dagegen lässt sich folgende Hypothese aufstellen:

„Wenn thatsächlich ungefähr die Hälfte des subcutan injicirten Morphiums innerhalb einer Stunde durch den Magen ausgeschieden wird, so werden die Magennerven nach jeder Injection einer so intensiven Narkose unterworfen, wie vermuthlich kein anderer Nerv des Körpers. Es ist deshalb an sich sehr begreiflich, dass das Aufhören dieser regelmässigen Narkose Abstinenzerscheinungen grade von Seiten der Magennerven aus hervorbringt und man kann auch weiter annehmen, dass eine Reihe von anderen nervösen Erscheinungen durch die in den Vagusbahnen verlaufenden Erregungen irradiirt werden können. Ist dem aber so, so erscheint die Annahme zulässig, oder doch mindestens der Prüfung werth, dass der Magen sich während und unmittelbar nach Beendigung der Entziehungskur in einem derartigen Zustande veränderter Erregbarkeit befindet, dass schon normale Reize, in diesem Falle also der Reiz des normal salzsauren Magensaftes als ein krankhafter Reiz empfunden wird. Hierzu käme noch der in dem gleichen Sinne wirkende Umstand, dass der Magen bei länger dauernder Morphiumzufuhr der Einwirkung eines normal salzsauren Mageninhaltes überhaupt entwöhnt sein muss. Die Voraussetzung, von der die Untersuchung ausging, würde also mit dieser Annahme dahin zu modificiren sein, dass die hierher gehörigen Abstinenzerscheinungen zwar nicht von einer absoluten, doch aber von einer relativen Hyperacidität abhängig zu machen wären."

Mit Rücksicht darauf, dass wahrscheinlich der sogenannte Morphiumhunger, der die Morphinisten zu stetiger Erhöhung der Dosis treibt, zum grossen Theil ein auf die künstliche Anacidität zurückzuführendes Symptom ist, wird es sich empfehlen, Salzsäure zu verordnen, wenn man genöthigt ist, längere Zeit Morphium fortgebrauchen zu lassen, besonders aber bei Morphinisten, denen das Morphium nicht entzogen werden kann.

Vausant, Behandlung der Opiumsucht. — The American Lancet. August.

2 Fälle. Der erste betrifft einen 59jährigen Buchhalter, der seit 20 Jahren Opiophage ist und sich jetzt zum 7. Male in Behandlung befindet.

Digitized by Google

Er nahm zuletzt täglich eine Opiummenge, welche 230,0 Opiumtinctur entspricht. Mit Rücksicht auf das günstige Resultat der früheren Entziehungskuren und in Anbetracht des guten Ernährungszustandes des Kranken wurde das Opium auch diesmal sofort ganz weggelassen und zwar mit bestem Erfolge. Behandlung: In den ersten Tagen Schlafmittel, Nahrung aus Milch und Eiern, dann Nux vomica, einige Tage später Lupulin — das flüssige Extract — 3—4,0 dreimal täglich. Letzteres Mittel hat sich dem Verf. bereits in einem andern Falle gegen die Ruhelosigkeit gut bewährt.

Der 2. Fall betrifft einen 37jährigen deutschen Arzt, der seit 1879 Morphinist ist. Er machte sich anfangs subcutane Injectionen, bis die Dose zu gross wurde; schliesslich nahm er 4,0 Morphin und 4,0 Chloral täglich per os. Mehrfache frühere Entziehungsversuche waren fehl geschlagen. Diesmal jedoch hatte die Behandlung Erfolg. Er bekam in den ersten 8 Tagen noch 0,12—0,5 Morphin täglich, dann weniger, nach 2 Monaten nichts mehr. Unterstützt wurde die Kur durch Cocain und Brom.

Gottlob.

Conolly Norman, Cocainismus. — The Journal of mental science. April.

Cocain ist in seinen Wirkungen gefährlicher als Alkohol und Morphium, weil es, in kleinen Dosen genommen, einen äusserst angenehm empfundenen leichten Grad von Exaltation hervorruft, dadurch sehr verführerisch ist, später aber, wenn, wie bei allen Narcoticis, die für die Wirkung nothwendige Dosis gesteigert werden muss, sehr rasch zu einem geistigen Verfall, sowohl in der ethischen wie in der intellectuellen Sphäre, führt und auch in verhältnissmässig kurzer Zeit destructive Wirkungen auf die Körpergewebe entfaltet, die sich in Degeneration der Ganglienzellen in Medulla oblongata und Rückenmark, in fettiger Entartung der Herzmusculatur und in Atrophie der Leberzellen deutlich machen.

Aus 3 eigenen Beobachtungen, sowie aus Angaben anderer Autoren stellt *N.* als Hauptsymptome der Cocainvergiftung hin: 1) das frühzeitige Auftreten von Gehörshallucinationen, vorwiegend beleidigenden und unangenehmen Inhaltes, die aber zum Theil als krankhaft empfunden werden, 2) geschlechtliche Erregungen, abnorme Wollustgefühle, bei chronischen Fällen auch Impotenz und 3) Verlust des Zeitgedächtnisses.

Smith, Percy, Cocainismus. — The Journal of mental science. July.

Fall von Cocainvergiftung bei einer 39 Jahre alten, von einer dem Morphiummissbrauch ergebenen Mutter abstammenden Kinderwärterin, die, nachdem sie schon im Alter von 10 Jahren gegen Neuralgie Morphiuminjectionen erhalten und später wegen Intercostalneuralgie und Bluterbrechen Opium genommen hatte, gegen das letztere Leiden sieben Monate vor der Aufnahme in das Bethlem Hospital Cocain verordnet bekam und dasselbe

Digitized by Google

in Dosen von anfangs $^3/_4$, später 8—10, vereinzelt sogar 24 und 36 Gran einnahm. Neben Kopfschmerzen, Schwindel, Trockenheit im Munde, Durst, Schwierigkeit beim Schlucken, Unsicherheit beim Gehen waren Hallucinationen des Gesichts und Gehörs (Erblicken von Bekannten, Hören der Stimmen von Freunden) ohne den sonst wohl beobachteten schreckhaften Charakter vorherrschend; sie wurden von der Patientin als Hallucinationen erkannt und verschwanden im Hospital alsbald mit der vollendeten Entwöhnung vom Cocain. Bemerkenswerth ist noch, dass Patientin selbst vorher, aber ohne Erfolg, versucht hatte, das Cocain durch Morphium zu ersetzen.

Lewin, Ueber Nikotinismus. — Internat. klin. Rundschau, No. 42. Abdruck eines Abschnittes aus dem Buche *Lewin*'s „die Nebenwirkung der Arzneimittel".

Der um die Mitte des 16. Jahrhunderts durch aus Amerika heimkehrende spanische Seeleute in Europa eingeführte Tabak ist rasch zu einem allgemein verbreiteten Genussmittel geworden. Wie es bei seinen narkotischen Eigenschaften nicht anders sein kann, so ruft das Uebermaass seines Genusses allmälig anwachsende schwere Functionsstörungen in mancherlei Körpergebieten hervor, die schon seit geraumer Zeit sich der Beachtung aufdrängten, aber erst in der Neuzeit eines eingehenderen Studiums gewürdigt werden.

In jeder Form des Genusses: geraucht, geschnupft und gekaut kann der Tabak seine verderblichen Wirkungen entfalten, aber im Allgemeinen führt erst der Jahrzehnte lang fortgesetzte Tabakmissbrauch zu typischem Nikotinismus, Gewöhnung findet in ziemlich grossem Umfange statt, jedoch ist andererseits ausgeschlossen, dass dadurch Immunität gegen die Gefahren des Nikotinismus erzeugt werden; keine Zeit der Toleranz ist lang genug, um das schliessliche Auftreten der Intoxication auszuschliessen: „es ist wohl richtig, dass man trotz des Rauchens ein sehr hohes Alter erreichen kann, aber es ist vielleicht ebenso richtig, dass viele Menschen kein hohes Alter erreichen, weil sie dem Tabakgenusse im Uebermaasse fröhnen".

Die beim Nikotinismus beobachteten Störungen vertheilen sich auf fast sämmtliche Organe des Körpers; an der Haut kommt Jucken und Erythem zur Beobachtung, die Geschmacksnerven werden abgestumpft, bei $^1/_3$ aller Raucher besteht eine Angina granulosa, der Zusammenhang von Leukoplakie mit Nikotingebrauch ist höchst wahrscheinlich, Appetitlosigkeit, Gefühl von Völle und Schmerzen im Epigastrium, morgendliches Erbrechen und Störungen der Darmentleerung kommen häufig vor, die Harnsecretion ist meist vermehrt, rauchende Frauen leiden oft an Menstruationsstörungen, bei Cigarrenarbeiterinnen wurde Abort beobachtet, Abschwächung des Geschlechtstriebes bis zur Impotenz kommt ebenfalls vor.

Digitized by Google

Am Häufigsten sind die Störungen der Herzthätigkeit: Herzklopfen, Beschleunigung und Aussetzen des Pulses, Präcordialangst, Herzschwäche, Ohnmachtsanwandlungen und Collaps; das Entstehen von Sklerose der Coronararterien, sowie von Hypertrophie des linken Ventrikels, vielleicht auch von Myocarditis und fettiger Degeneration kann durch Tabakmissbrauch begünstigt werden. Cigarrenrauchen, mehr noch Cigarettenrauchen bringt Reizung der Nasenschleimhaut (sogen. vasomotorischer Schnupfen) und Beeinträchtigung der Geruchsempfindung zu Wege. Epiglottis und Kehlkopf finden sich oft im Zustande chronischer Hyperämie, bisweilen auch Trachea und Bronchien.

Jede Art der Tabakaufnahme vermag Störungen am Auge hervorzurufen, wobei allgemeine Schwächezustände, übermässige Sommerhitze, geistige Ueberanstrengung u. dgl. begünstigend wirken können. Es entsteht die, meistens doppelseitig auftretende Nikotinamblyopie; gewöhnlich handelt es sich um eine relative centrale Gesichtsfeldstörung, ein centrales, horizontal elliptisches Scotom für Roth und Grün, bisweilen auch in geringem Umfange für Blau, die Aussengrenzen des Gesichtsfeldes sind in der Regel normal.

Seitens des Gehörorgans beobachtet man Tubenschwellung und Congestion der Trommelhöhle, bei höheren Graden der Vergiftung Parese der Hörnerven und damit zusammenhängend Gehörsstörungen, Ohrensausen u. s. w.

Die Functionen des Centralnervensystems können ebenfalls leiden; man machte die Erfahrung, dass in höheren Schulen die Nichtraucher bessere Fortschritte, als die Raucher machten, und dass Kinder von 9 bis 15 Jahren, die rauchten, eine Abnahme der Intelligenz, Faulheit und Neigung zu geistigen Getränken zeigten. Erwachsene übermässige Raucher leiden nicht selten an Kopfdruck, Schlaflosigkeit, ausnahmsweise auch Schlafsucht, trüber Stimmung, Unlust zur Arbeit und an Schwindel. Letzterer wird besonders unangenehm empfunden, der Kranke fühlt eine eigenthümliche Leere, fürchtet das Bewusstsein zu verlieren, vermag sich trotz aller Anstrengung nicht zu sammeln, seine Bewegungen werden unzusammenhängend und es scheint ihm Alles in drohender Bewegung zu sein. Bei starken Rauchern hat man auch Unsicherheit in den Bewegungen, Anzeichen von Ataxie, lähmungsartige Schwäche der Sphincteren, Zittern und vereinzelte Krampferscheinungen beobachtet.

Die Nikotinpsychosen, über die neuerdings Mittheilung gemacht wurde, sollen selten Raucher, häufiger Schnupfer, noch häufiger Tabakkauer betreffen. Das c. 3 Monate dauernde Prodromalstadium besteht in allgemeinem Unwohlbefinden, Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit, Unlust, Depression, oft mit religiöser Färbung; weiterhin kommt es zu Präcordialangst und dann zur eigentlichen Psychose, die 3 Stadien aufweist: 1) Hallucinationen in allen Sinnen, Wahnvorstellungen mit Neigung zu Selbstmord, trübe Stimmung, Schreckanfälle mit Gewaltthätigkeiten und Schlaflosigkeit. 2) Ge-

Digitized by Google

hobene Stimmung, leichte maniakalische Exaltation, angenehme Hallucinationen und nach 2—4 Wochen wieder Abspannung, auf die wieder ein maniakalischer Zustand folgt. 3) Die Intervalle zwischen Aufregung und Abspannung werden kürzer, der Kranke wird empfindlich und reizbar, hat im Uebrigen für seine Umgebung keine sonderliche Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtniss leiden. Wie man behauptet hat, soll im ersten Stadium, wenn der Tabakgenuss eingestellt wird, in 5—6 Monaten Heilung eintreten, im zweiten Stadium erst nach 1 Jahr und im dritten gar nicht.

Für die Therapie des Nikotinismus ist in erster Linie Entziehung des Tabaks geboten, die fast immer auch gelingt; Jodkalium, Laxantien, warme Bäder sollen die Ausscheidung des etwa im Körper noch vorhandenen Giftes beschleunigen helfen. Gegen den Schwindel wurden subcutane Aetherinjectionen, gegen die Gehörsstörungen Pilocarpininjectionen empfohlen und gegen die Amblyopie Strychnin, Extr. Hyoscyami, Quecksilberbijodid, Pilocarpininjectionen u. dgl.

v. *Bechterew*, Ueber neuropsychische Störungen bei chronischem Ergotismus. — Neurol. Centralblatt, No. 24.

Verf. bespricht die von seinem Assistenten *N. Reformatzki* bei einer 1889—91 aufgetretenen Ergotismusepidemie im Wjätkaschen Gouvernement gemachten Beobachtungen, die auf der klinischen Untersuchung von 89 Fällen und auf der makro- und mikroskopischen Durchforschung von 9 Gehirnen fussen.

Je nach dem Procentgehalte des Mutterkorns im Mehl und der Menge des genossenen Brodes, je nach der grösseren oder geringeren Frische des letzteren und je nach dem Grade der Widerstandsfähigkeit der Vergifteten traten die Erscheinungen des Ergotismus schon an demselben Tage, an welchem das Mutterkorn enthaltende Brod genossen wurde, oder erst am nächstfolgenden Tage, oder auch 1—3 Wochen später auf. Die Vergiftung äusserte sich anfangs durch Schwächegefühl, Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen, Schläfrigkeit, Erbrechen, Durchfall mit Leibschmerz, unangenehme Empfindungen in der Herzgegend, Ameisenkriechen und Ziehen in den Gliedern und undeutliches Sehen bis zur Erblindung. Hatte sich die Krankheit ganz entwickelt, so traten die charakteristischen tonischen Krämpfe auf, die anfallsweise einzelne oder alle Extremitäten, meist an den Beugemuskeln, befielen, mit heftigen Schmerzen einhergingen, sich oft auch auf die Gesichts-, Bauch- und Rückenmuskeln und als besonders quälend auf Kehlkopf- und Respirationsmusculatur ausdehnten und gewöhnlich viele Wochen dauerten.

Zu diesen tonischen Mutterkornkrämpfen gesellten sich öfter epileptoide Anfälle mit Bewusstseinsverlust und allgemeinen, plötzlich oder nach prodromalen Erscheinungen auftretenden tonischen und clonischen Krämpfe, die von Schlaf, Abgespanntheit, Schwindel, undeutlichem Sehen und zuweilen von einem stuporösem Zustande gefolgt waren. Auch wurden Anfälle von

Digitized by Google

zeitweiliger Bewusstlosigkeit mit localen Krämpfen und automatischen Bewegungen beobachtet, sowie anfallsweise auftretende kurzdauernde Gesichts- und Gehörshallucinationen, die allerlei in der Erinnerung nicht haften bleibende Handlungen herbeiführten.

„Nach einigen oder einer grossen Reihe von Anfällen stellte sich bei dem Patienten gewöhnlich eine Geistesstörung in der Form des stuporösen Zustandes, welche einige Stunden bis einige Wochen anhielt, ein. In solchem Falle wurden die Züge des Patienten ausdruckslos, sein Blick irrend; das Bewusstsein war entschieden stark verdüstert, die Gefühlsempfindungen stark erschwert, der Lauf der Vorstellungen äusserst verlangsamt und alles Denken überhaupt ad minimum gesunken. Dabei litt besonders das Gedächtniss. Solche Kranke erschienen schläfrig, apathisch und lagen meist zu Bett; sie gingen mit weit gespreizten Beinen, was an den Gang von Betrunkenen erinnert, dabei bemerkte man in verschiedenen Muskelgruppen Zuckungen und clonisches Zittern. Die Coordination der Bewegungen war bei den Kranken immer stark gestört. Die Rede war undeutlich, lallend, wie bei Betrunkenen; in schwereren Fällen verloren die Patienten das Sprachvermögen ganz und konnten nur einzelne Silben, oder gar Laute hervorbringen.

Bei einigen Patienten stellte sich, wenigstens zeitweilig, eine gutmüthige Stimmung ein; bei anderen war eine fröhliche Stimmung sogar vorherrschend; jedoch beobachtete man bei einigen Kranken auch Zornausbrüche.

Die meisten Patienten waren ihrer Krankheit nicht ganz bewusst. Doch klagten sie über Kopfschmerz, Schwindel, zeitweilige Schwächung des Sehvermögens und über verschiedene anormale Empfindungen im Körper."

Einige der geistig gestörten Kranken hatten neben Krampferscheinungen auch noch plötzliche, im Anschluss an Sinnestäuschungen auftretende Erregungszustände von stunden- bis tagelanger Dauer, in denen sie, meist im Gefühle von Angst, unruhig herumliefen, schrien, Angriffe machten und zu Selbstmord neigten.

Der Verlauf des Ergotismus war chronisch, Recidive, auch ohne wiederholte Vergiftung, häufig; als Ursache des Acutwerdens oder Wiederauftretens der Krankheit waren Abkühlung des Körpers, starke Gemüthsbewegung und ungenügende Ernährung anzusehen.

Die Untersuchung der Gehirne ergab: Hyperämie der Hirnhäute mit punktförmigen und grösseren Blutungen, in dem Gehirn ebensolche Blutungen, entweder in den perivasculären Räumen oder in der Substanz selbst, und kleine Ernährungsherde, die zum Theil makroskopisch nicht zu bemerken waren und in denen sich körnige Kugeln und Myelocythen vorfanden; viele der zelligen Elemente waren pigmentartig degenerirt, trüb geschwellt oder durch Vacuolenbildung atrophisch, die Gefässe enthielten nicht selten Thromben und hatten verdickte Wandungen. Bei drei von fünf untersuchten Fällen fand sich Degeneration der Hinterstränge des

Digitized by Google

Rückenmarks entweder in deren ganzem Querschnitt oder nur in einzelnen Partien.

Naecke, Eigner, schwerer Fall von Jodoform-Intoxication. — Berl. klin. Wochenschrift, No. 7.

Den zahlreichen in der Literatur niedergelegten Beobachtungen von Jodoform-Intoxication fügt *N.* eine neue hinzu, die um so mehr Interesse hat, als sie von ihm, einem Psychiater, an der eignen Person gemacht worden ist. Ende April 1891 erkrankte *N.* an einem acuten Ekzem an Genitalien und Oberschenkel und machte, um einer Infection von den aufgekratzten Hautstellen aus vorzubeugen, zuerst Sublimatumschläge und dann Bestreuungen mit Jodoform, wobei von letzterem Mittel im Ganzen 8—10 g verbraucht wurden. 8—10 Tage später brach urplötzlich eine tiefe Bewusstseinsstörung aus, die genau 4 Tage anhielt; für diese Zeit fehlen fast alle Erinnerungsbilder und Vorstellungen, so dass N. aus dieser Zeit fast Nichts mehr weiss und nur die Angaben des behandelnden Arztes und seiner Frau verwerthen kann. Auch die Erinnerung an eben Gesagtes und Gethanes war aufgehoben, die Personen und das Zimmer wurden nicht erkannt, die Worterinnerungsbilder waren zum Theil verschwunden, es bestand eine Art von Paraphasie, andere als die gewollten Worte wurden ausgesprochen. Hallucinationen waren nicht vorhanden, anscheinend aber allerlei unter der Bewusstseinsschwelle ablaufende, traumartige Vorstellungen. Eine Affection der Gemüthssphäre zeigte sich in unmotivirtem Weinen, Aergerlichwerden und zeitweiligem apathischen Daliegen. Die Bewusstseinsstörung verschwand nicht plötzlich, wie sie gekommen war, sondern klang sehr allmälig ab, das Gedächtniss blieb noch lange stark geschädigt, fast Alles von früher war wie weggeblasen, selbst die einfachsten Receptformeln fehlten in der Erinnerung; dagegen verschwand die Paraphasie schnell und die Erinnerung an frisch Erlebtes und Gesagtes war sehr bald wieder normal. Die Orientirung zeigte sich noch anhaltend gestört, auch die Intelligenz blieb noch lange schwach, die einfachsten Rechenexempel konnten nicht gelöst werden und das Verstehen des in den Zeitungen Gelesenen hatte Schwierigkeiten; die reizbare Schwäche des Gemüths hielt auch noch lange an. Nach der Rückkehr des Bewusstseins machten sich unangenehme Jodoformgeschmäcke und Jodoformgerüche bemerkbar, von welchen die ersteren am frühesten verschwanden, während die letzteren sich später in unbestimmte, balsamische Gerüche und schliesslich in solche nach Aether oder frischer Luft verwandelten. Neben der tiefen Depression der höheren geistigen Functionen zeigten sich neurasthenische Erscheinungen, quälende Agrypnie und hypochondrische Ideen, z. B. Gedanke an progressive Paralyse, der durch zeitweiliges Anstossen der Sprache, leichten Tremor der Hände und das Gefühl der Gedächtniss- und Intelligenzschwäche genährt wurde und zu förmlichen Angstzuständen führte.

Digitized by Google

Anfang Juni begab sich N. in das *Kadner*'sche Sanatorium zu Kötzschenbroda, wo er 8 Wochen mit Bädern, Uebergiessungen, Massage, Turnen etc. behandelt wurde; nach 6 Wochen konnte er ohne Schlafmittel schlafen, die hypochondrischen Ideen verschwanden, Gedächtniss- und Intelligenzschwäche besserten sich rasch. Darmkanal und Gefässsystem blieben noch lange empfindlich, es trat leicht Durchfall ein und die Herzaction war bei der geringsten Gelegenheit verstärkt und beschleunigt. Erst am 1. September konnte N., nachdem er noch eine Nachkur im Gebirge durchgemacht hatte, seinen Dienst wieder antreten.

Für die Erklärung der Intoxication nimmt *N.* eine jedenfalls bei ihm bestehende Idiosynkrasie an und glaubt, dass das resorbirte Jodoform in der Hirnsubstanz Jodalbumine bildet, dass die Schädigung an den Theilen des Gehirns am grössten ist, welche am meisten blutdurchströmt sind, also bei geistig beschäftigten Menschen das Vorderhirn, und dass erst mit dem Zerfalle der Jodalbuminate und Ersetzung derselben durch normale Bestandtheile eine restitutio ad integrum quoad functionem cerebri erfolgen kann. Die Symptome der Intoxication tragen im Allgemeinen den Charakter der Depression an sich, der psychischen und nervösen Schwäche; das Fehlen jeder Hallucination und aller meningitischen Erscheinungen spricht gegen eine reizende, für eine mehr lähmende Wirkung des Giftes.

Anders, **Chronische Bleivergiftung. — The American Lancet. Juni.**

Eine klinische Vorlesung, in der 5 Fälle von Bleivergiftung besprochen werden. Nur der 5. Fall bietet neurologisches Interesse. Ein junger Mann, ohne psychopathische Antecedentien, kommt wegen Bleivergiftung in's Hospital und verfällt in epileptische Krämpfe. Verf. betont, dass die nervösen Symptome bei der Bleivergiftung leichter und häufiger als die anderen recidiviren. *Gottlob.*

Peterson, **Drei Fälle von acuter Manie in Folge von Einathmung von Schwefelkohlenstoff. — The Boston medic. and surgic. journal. 6. October.**

Verf. hatte Gelegenheit, in der New-Yorker Irrenanstalt drei Männer im Alter von 23—31 Jahren zu beobachten, die in der Zeit von April bis August 1887 aufgenommen wurden und sämmtlich aus einer Gummiwaarenfabrik kamen, wo dem Vernehmen nach noch einige andere Leute geistig erkrankt waren. Als Ursache für die Erkrankung der erblich nicht belasteten, jungen und kräftigen Patienten war ohne Zweifel die Einathmung einer in der Fabrik benutzten Mischung von Schwefelkohlenstoff und Schwefelchlorid anzusehen. Bei 2 Fällen liessen sich wegen der hochgradigen maniakalischen Erregung die subjectiven und körperlichen Vergiftungserscheinungen nicht direct erkennen, der dritte Fall aber bot die charakteristischen Symptome der Schwefelkohlenstoffvergiftung deutlich dar:

Digitized by Google

Kopfschmerz, Parästhesien im ganzen Körper und daraus resultirende hypochondrische Ideen, Globus hystericus, Gierigkeit bei der Nahrungsaufnahme, Tremor der gesammten Musculatur, heitere Erregung im Beginn der Krankheit, schreckliche Träume in den Nächten. Alle drei Patienten verliessen die Anstalt als geheilt, nach 18, 14 resp. $1^3/_4$ Monaten.

Marcuse, Ueber einen Fall von Chininpsychose. — Dissertation. Berlin, 1891.

Ein 32jähriger, kräftiger Mann, der im Verlaufe einer Nacht 13,5 Chinoidin auf Anordnung eines Kurpfuschers genommen hatte, um einen Bandwurm abzutreiben, verfiel bald darauf in eine acute Geistesstörung. Neben den gewöhnlichen Vergiftungserscheinungen, die nach dem Einnehmen grösserer Chinindosen beobachtet werden, wurden auch 8 Krampfanfälle, die mit vollkommener Bewusstlosigkeit einhergingen, ärztlicherseits festgestellt. Die geistige Störung, die Verf. beschreibt, entspricht dem Bilde der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit und heilte in 3 Wochen ab. In den ersten Tagen der Erkrankung stand der Pat. unter dem Einflusse massenhafter Sinnestäuschungen. Dann schnitten die acuten Erscheinungen, ähnlich wie beim alkoholischen Delirium, ziemlich plötzlich ab, und es folgte eine Zeit, in der der Kranke trotz allerhand Wahnideen, die an frühere Hallucinationen anknüpften, allmälig zur Krankheitseinsicht und Genesung überging. Der Umstand, dass der Kranke nach Ablauf der anfänglich vorhandenen acuten Störungen allerlei Beeinträchtigungsideen aussprach, lässt sich wohl zwanglos am einfachsten dadurch erklären, dass er noch verwirrt und deshalb kritiklos war. *S.*

Marro, Psychose in Folge von Quecksilbervergiftung. — Turin, 1891. Sonderabdruck aus: Annali di freniatria e scienze affini del manicomio di Torino.

In der Sitzung der kgl. Akademie der Medicin zu Turin am 23. Mai 1891 sprach *M.* über einen Fall von Irresein durch Quecksilbervergiftung; eine seit 5 Jahren nicht mehr menstruirte 46jährige Frau, die ausser einem Keuchhusten mit Hirncongestionen keine Krankheiten überstanden hatte, erkrankte unter Erscheinungen der Paranoia, Eifersuchtsideen, Schlaflosigkeit, Angst und Sinnestäuschungen des Gesichts, Gehörs und Gefühls, vorwiegend des ersteren. In Bezug auf den Körper zeigten sich die Symptome einer ausgesprochenen Anämie, blasses Zahnfleisch, leichtes Herzgeräusch, Milztumor, belegte Zunge und Appetitlosigkeit; Druck auf die linke Ovarialgegend und auf eine Stelle über den linken falschen Rippen war schmerzhaft, die Localisation für Gefühlseindrücke war auf der rechten Seite etwas herabgesetzt, die Plantarreflexe waren abgeschwächt, die Patellarreflexe fast verschwunden, die Pupillen zeigten Ungleichheit, die aber in Anbetracht des Umstandes, dass das eine Auge weit-, das andere kurzsichtig

Digitized by Google

war, vielleicht von jeher bestanden hatte. Seit einigen Tagen traten epileptoide Convulsionen der Rückenmuskeln in Form von Opisthotonus auf; in den unteren Extremitäten hatte Pat. das Gefühl des Schwankens, Kälteempfindung und öfter schmerzhafte Krämpfe. Nachts sah sie fremde Frauen bei ihrem Manne im Bett, sah sich selbst von bald zwergenhaften, bald riesengrossen Leuten umgeben, die sich an sie klammerten und Unanständigkeiten mit ihr trieben; am Tage unterhielt sie sich mit Leuten, die sie in ihr Haus kommen zu sehen glaubte. Ihre Wahnideen hatten einige Male einen absurden, an Paralyse erinnernden Charakter, so klagte sie eines Tages, sie habe ein fremdes Individuum im Körper, ein anderes Mal, sie habe kein Blut mehr.

M. mochte sich mit der Annahme, es handle sich um ein klimakterisches Irresein, nicht begnügen, weil die Menopause schon seit 5 Jahren bestand und weil die Form der Hallucinationen mehr für einen hysterischen oder toxischen Charakter der Psychose sprach. Da Hysterie früher nicht bestanden hatte, musste an eine Vergiftung gedacht werden, zumal auch die motorischen Symptome dafür sprachen. Es ergab sich in der That, dass die Patientin seit mehreren Jahren gegen Seborrhoe der Kopfhaut und Ausfallen der Haare eine Calomel und Jod enthaltende Pomade brauchte, vorübergehend auch Pillen von diesen Medicamenten genommen hatte.

Unter dem Gebrauch von Jodkalium besserte sich der Zustand rasch. Im Urin liess sich Quecksilber nachweisen. Erst nach dem Einnehmen des Jodkalium trat Speichelfluss auf, eine Erscheinung, die auch schon von *Hammond* beobachtet worden war.

So rasch auch sich Besserung anbahnte, die Erregung nachliess, der Schlaf wiederkehrte, so blieben doch die Eifersuchtsideen und die Hallucinationen noch bestehen und auch die motorischen Symptome traten von Zeit zu Zeit noch hervor; dadurch wird die *Köhler*'sche Ansicht bekräftigt, dass, wenn eine Quecksilbervergiftung das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen hat, eine Genesung nicht zu erwarten ist.

Das Fehlen mehrerer Symptome des chronischen Mercurialismus im vorliegenden Falle, wie Speichelfluss im Beginn der Erkrankung, Zittern, bohrende Schmerzen in den Knochen, Zahnaffectionen, erklärt sich durch die sehr langsame Resorption des Giftes; die psychischen Symptome sind so charakteristisch für Quecksilbervergiftung, dass kein Zweifel an dem ursächlichen Zusammenhang obwalten kann. Dass in erster Linie das Gehirn von den schädigenden Wirkungen des Giftes betroffen wurde, erklärt *M.* durch die Verbindung des Venennetzes der Kopfhaut mit dem intracraniellen Venensystem; dass durch die Schweissdrüsen und Haarbälge in die Circulation eintretende Gift gelangt in die Schädelvenen und, da diese nach *Schröder van der Kolk* Communicationen mit den Arterien haben, direct in das Gehirn, ohne vorher den Weg durch das Herz nehmen zu müssen.

Digitized by Google

M. erwähnt zur Bekräftigung seines Rathes zur Vorsicht bei der Verwendung von Cosmeticis eines Falles von Encephalopathia saturnina bei einem Kammermädchen, das seiner Herrin jahrelang die Haare mit einem bleihaltigen Mittel färben musste und sich so von den Handflächen aus vergiftete.

Baker, L. W., Arzneimittelgewöhnung. — The Alienist and Neurologist. April.

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Die Leichtigkeit, mit der sich Vorgänge im Nervensystem wiederholen, bildet die organische Grundlage jeder automatischen Handlung, jeder Gewohnheit. Die Thätigkeit der Nervenzellen fixirt sich in der Richtung, in der dieselben anhaltend geübt werden.

2) Der fortgesetzte Gebrauch von gewissen Arzneimitteln, vornehmlich Alkohol, Chloral und Opium (resp. Morphium), kann einen abnormen Zustand der Nervencentren herbeiführen, der als solcher eine stets wiederkehrende Veranlassung zu einem gewohnheitsmässigen Gebrauch der Mittel bildet.

3) Die drei wichtigsten Ursachen des Arzneimittelmissbrauchs sind Erschöpfungszustände, Schlaflosigkeit und Schmerz; sie sind häufig der Ausdruck eines geschwächten Nervensystems und einer unrichtigen Lebensweise.

4) Die gegen die genannten Uebel angewandten Arzneimittel müssen mit Sorgfalt und unter besonderer Berücksichtigung der Gefahr einer Angewöhnung verschrieben werden.

So wechselt Verf. bei Schlaflosigkeit öfter mit den Arzneien, nennt dem Patienten gegenüber nicht den Namen des Schlafmittels und sucht die Schlaflosigkeit, wenn möglich, mit anderen, als mit arzneilichen Mitteln zu behandeln.

5) Die Behandlung der Arzneimittelangewöhnung ist unzuverlässig, wenn nicht die ganze Umgebung des Kranken während der Behandlung vollständig von dem behandelnden Arzte controllirt werden kann. Rückfälle sind äusserst häufig.

Kellogg, Theo. H., Die Intoxicationspsychosen. — The Journal of nerv. and ment. science. Oct.

Ein in der Versammlung der amerikanischen Neurologen zu New-York im Juni 1892 gehaltener Vortrag, in welchem *K.* weniger bezweckte die Symptome der Intoxicationspsychosen zu schildern, als vielmehr im Allgemeinen das immer mehr wachsende Gebiet einer Besprechung und Gruppirung zu unterziehen; er stellt folgende Tabelle der in Frage kommenden Gifte auf:

Digitized by Google

1) Mineralische Gifte und Arzneimittel: Blei, Quecksilber, Arsenik, Chloral, Bromkalium, Jodoform und Paraldehyd.

2) Vegetabilische Gifte: Opium, Belladonna, Cannabis, Hyoscyamus, Strammonium, Tabak, Cocain, Conium, Erythroxylon coca, Astragalus hornii und Secale cornutum.

3) Giftige und schädliche Gase: Alkohol, Aether, Chloroform, Kohlenoxyd und schweflige Säure.

4) Fieber, Diathesen und andere Krankheiten: Typhus, Pocken, Scharlach, Intermittens, Rheumatismus, Gicht, harnsaure Diathese, Puerperium, Influenza, Carcinom, Syphilis und Tuberculose.

5) Auto-Intoxication. —

Erwähnenswerth ist der kurz angeführte Fall aus *K.*'s Beobachtung, in welchem bei einer an acutem Gelenkrheumatismus leidenden jungen Frau Entzündungserscheinungen an den Gelenken abwechselnd mit Zuständen hallucinatorischer Verwirrtheit auftraten.

Legrain, Étude sur les poisons de l'intelligence. (Fortsetzung und Schluss.) — Annal. méd.-psychol. Janvr.-Févr., p. 52. Mars-Avril, p. 215.

Als 2. Gruppe stellt *L.* diejenigen erregend wirkenden Gifte auf, die ein maniakalisches Delirium herbeiführen, vorerst die Fieber, die als eine Vergiftung durch Mikroben aufzufassen sind, dann thierische Gifte, wie Miesmuscheln, persische Wanze, Canthariden, ferner pflanzliche Gifte, Quodquod und Tanacetum und schliesslich mineralische Gifte, Blausäure, Jodverbindungen, Benzin, Anilin, Terpenthin.

Die 3. Gruppe umfasst diejenigen giftigen Substanzen, bei denen die Reizwirkung zurücktritt gegenüber einer narkotischen oder betäubenden Wirkung mit oder ohne Delirien; zu ihr gehören a) die Narcotica: Bromsalze, Chloralhydrat, Lachgas, Cannabis indica, Codein, Palicourea densiflora, Piscidia erythrina, Ruta graveolens, b) die Substanzen mit betäubender Wirkung: Champignons, Kohlenoxyd, Digitalis, Duboisia, Dynamit, Bittermandeln, Euphorbus, Strychnin, Laurocerasus, Cytisus, Arnica montana, Cicuta, Creosot, Santonin und einige weniger bekannte Mittel, sowie die sich im menschlichen Körper selbst bildenden Toxine, z. B. bei Urämie, c) die zu Genussmitteln gewordenen Gifte: Bang (Abart von Cannabis indica), Kawa, Haschisch, Aether.

Die 4. Gruppe endlich bilden die nach Art des Alkohol wirkenden Gifte 1) die mit erregender Wirkung: Glycerin, Absinth, Jodoform, Lechegnana (Honig einer brasilianischen Biene), Chinin, Schwefelkohlenstoff, 2) die mit depressiver Wirkung: Atropin, Datura Strammonium, Hyosciamin und Mandragora.

Digitized by Google

***Reuss*, La rage à Paris. — Annal. d'hygiène publique. Juli.**

Ohne Zweifel, sagt *R.*, ist es unangenehm, immer das Beispiel fremder Staaten anzuführen, aber, wenn dieses Beispiel nachahmenswerth ist, wenn es sich darum handelt, das Leben einer bestimmten Zahl Franzosen zu retten, beweist es einen aufgeklärten Patriotismus, zu den Maassregeln der Nachbarstaaten Zuflucht zu nehmen.

Es ist nicht zu leugnen, dass, während in Deutschland, Belgien und Holland die Hundswuth fast unbekannt ist, also zu den vermeidbaren Krankheiten gehört, sie in Paris und dessen Umgegend nicht nur häufig auftritt, sondern sich auch seit einiger Zeit noch vermehrt hat. Kein Wunder, dass sich die Akademie der Wissenschaften wiederholt mit der Frage ihrer Prophylaxe befasst hat (vgl. Referat über *Chauveau*, La prophylaxe de la rage. Literaturbericht 1. Halbjahr 1891.) In der Sitzung vom 21. Juni 1892 führte *Dujardin-Beaumetz* an, dass in den elf Jahren von 1881—1891 im Seine-Departement 101 Personen der Hundswuth erlegen sind; 1888 betrug die Zahl der wuthkranken Hunde 863, in Folge von Polizeibestimmungen über das Fangen herrenloser Hunde etc. fiel sie 1889 auf 367 und 1890 auf 263, doch dauerten die günstigen Nachwirkungen dieser, allerdings nur 6 Wochen durchgeführten Bestimmungen nicht länger an, 1891 stieg die Zahl der kranken Hunde wieder auf 400 und in den ersten vier Monaten des Jahres 1892 noch weiter. Im Jahre 1890 wurden 61 und 1891 schon wieder 143 Menschen gebissen. Nach einer neuen Polizeivorschrift müssen nun die Hunde wieder an der Leine gehalten werden oder einen Maulkorb tragen.

R. ist der Ansicht, dass Polizeibestimmungen nicht ausreichen, da sie gewöhnlich nur kurze Zeit durchgeführt werden. Zudem haben die mit Einfangen der sich herumtreibenden Hunde beauftragten Polizeiorgane allerlei Widerwärtigkeiten von der Pariser Bevölkerung zu erdulden; aus Muthwillen oder falschem Mitleid sucht man die Hunde zu befreien und sogar der Thierschutzverein trat gegen die Polizeibestimmungen auf. Deshalb verlangt *R.* für das ganze Land ein Gesetz, dessen Uebertretung mit Geldstrafen belegt werden müsste; die Hunde müssten eine Marke und einen gutsitzenden Maulkorb, wie er auch in Deutschland üblich ist, tragen, die Besitzer müssten eine bestimmte Abgabe zahlen und es müsste eine strenge periodische Controle ausgeübt werden.

Digitized by Google

10. Idiotie und Cretinismus. Ref.: Wildermuth-Stuttgart.

Bourneville, Die chirurgische Behandlung der Idiotie. — Archives de Neurologie. September.

B. berichtet hier über eine Anzahl, im Ganzen 10 Fälle von Craniectomie (oder convexer Craniotomie), die bei Idioten ausgeführt wurden. Diese Fälle stammen fast sämmtlich aus der amerikanischen Literatur. Bei 4 derselben trat bald nach der Operation der Tod ein, in den übrigen wird Besserung berichtet.

B. macht im Anschluss an die casuistischen Mittheilungen verschiedene Bedenken geltend: Die meisten der Operateure haben sich nicht in genügender Weise davon überzeugt, ob die Nähte bei den Kranken in der That sich bälder geschlossen hatten, als bei den gesunden Kindern gleichen Alters. Die Entscheidung ob eine Fontanelle geschlossen ist, ist durchaus nicht immer einfach. Die Angaben der Eltern sind hier durchaus unzuverlässig. Bei den Nähten ist die Sache noch schwieriger und eine genaue Entscheidung darüber eigentlich erst möglich, wenn das Periost abgelöst ist. Die Voraussetzung, dass durch die Operation eine bleibende Lücke sich bilde, welche das weitere Wachsthum des Gehirns gestatte, ist nicht zutreffend. In den meisten Fällen schliesst sich die Knochenwunde einfach wieder. Zudem ist das Gehirn nicht nur durch den Schädel sondern durch die Dura mater zusammengehalten. In der Mehrzahl der Fälle lässt die Beschreibung des Zustandes der Operirten, vor und nach der Operation recht viel zu wünschen übrig (in einigen Krankengeschichten sind nicht einmal die Schädelmaasse angegeben. Ref.).

B. bemerkt auch, dass die Chirurgen — in den angeführten Fällen — eine nur geringe Kenntniss der einzelnen Formen der Idiotie und der bei diesen Zuständen errungenen Erfolge einer sachgemässen Behandlung und Erziehung verrathen. Einer der angeführten Operateure, *Keen*, bemerkt, um den Eingriff, der gewiss nicht ungefährlich ist, zu rechtfertigen: „Wenn es nicht möglich ist, diesen Kindern zu helfen, so ist für sie der Tod einem so elenden Leben vorzuziehen". *B.* nennt dies „une pensée chirurgicale fin de siècle" und Ref. kann gleichfalls nicht umhin, diese Aeusserung im Munde eines Arztes für undenklich zu halten *B.*'s Bedenken gegen die vorliegende operative Psychiatrie verdienen alle Beachtung!

Kurz, E. (Florenz), Eine Craniectomie wegen Mikrocephalie. — Wien. medic. Presse, No. 43.

11monatlicher Knabe Mikrocephal. (Keine Schädelmaasse mitgetheilt. Ref.) Hinterhaupt abgeflacht. Von Nähten und Fontanellen keine Spur mehr zu fühlen. Augenachsen meist nach oben gerichtet, so dass die

Digitized by Google

Cornea unter das obere Lid verschwand. Pupillen eng, reactionslos. Fortgesetzte clon. Convulsionen der Extremitäten. Keine willkürliche Bewegungen, keine Gemüthsbewegungen. „Gesichtsausdruck mehr als thierisch."

Operation 31. März 1892, Aussägen eines 1 cm breiten, in longitudinaler Richtung 16 cm langen Knochenstreifens, Dura mater wird intact gelassen.

8 Wochen nach der Operation, ausser völliger Vernarbung der Hautwunde, vollständige Regeneration der ausgeschnittenen Knochentheile, „so dass der Schädel überall gleichmässig hart erscheint". Zunahme der Peripherie um 1 cm. Zuckungen der Glieder geringer. Pupillen mittelweit, reagiren minimal. Ausdruck des Gesichts weniger thierisch. Andeutung mimischen Ausdrucks und gewollter Bewegungen.

Ref. glaubt, dass die Bedenken, die *B.* gegen die amerikanischen Publicationen vorgebracht hat, sich auch gegen die *K.*'sche Publication erheben lassen. Besonders dürfte die Mittheilung, dass der ganze Knochendefect nach 8 Wochen sich ergänzt hatte, für die principielle Entscheidung über die Wirksamkeit der Operation von Bedeutung sein.

Bourneville, Recherches cliniques et thérapeuthiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu au service des enfants idiots, épileptiques et arrierés de Bicêtre pendant l'année 1890.

Der Bericht *B.*'s zerfällt wie gewöhnlich in 2 Theile, ein Verwaltungsbericht und klinische Mittheilungen. Dem ersten entnehmen wir bezüglich der Krankenbewegung:

Bestand am 1. Januar 1890	393	Kranke
Eingetreten sind	96	-
Ausgetreten sind	98	-
Gestorben sind	19	-
Bestand am 31. December 1890	372	-

Der 2., klinische Theil enthält sieben Krankengeschichten: 6 genau beschriebene Fälle von Idiotie mit Sectionsbefunden und eine Mittheilung über Hysterie bei Personen männlichen Geschlechts.

1. Fall. Hochgradiger Schwachsinn, Torticollis, Syndactylie, Hypospadie, Tod durch Darmtuberculose.

2. Fall. Idiotie und Epilepsie nach Atrophie und Sklerose des Gehirns: erste epileptische Anfälle mit 6 Monaten, ohne dass eine Körperhälfte mehr als die andere von den Convulsionen ergriffen wäre. Vom 4. Jahr an Convulsionen mit besonderer Betheiligung und nachheriger Schwäche der rechten Körperhälfte. Patient nicht bildungsfähig, Wiederkäuer, zeigt ohne besonderen Grund eine hochgradige Cachexie, ein, wie *B.* mit Recht bemerkt, bei Epileptikern nicht seltenes Vorkommen, so dass man wohl von einer specifischen Cachexie épileptique reden kann.

Digitized by Google

Obduction ergibt auffallende Asymmetrie der Windungen, Verkümmerung und Sklerosirung der linken Hemisphäre besonders im Bereich des Stirnhirns und der motorischen Zone.

3. Fall. Idiotie nach atrophischer Hirnsklerose. Hochgradiger Schwachsinn. Obere Extremitäten besonders rechts im Zustand mässiger Contractur. Niemals epileptische Zustände im Verlauf des Anstalts-Aufenthaltes, entschieden intellectuelle Besserung. Tod an Croup. Obduction ergibt Sklerose und Atrophie verschiedener Windungen, besonders links in der hinteren und vorderen Centralwindung. Den Grund dafür, dass bei dem Pat. trotz der erheblichen anatomischen Veränderungen im Gehirn intellectuelle Besserung erzielt wurde, glaubt Verf. im Fehlen epileptischer Anfälle suchen zu müssen.

4. Fall. Idiotie in Folge eines Hirntumors.

Pat. offenbar von Geburt an intellectuell schwach, erkrankt im 10. Jahr an intensivem Kopfschmerz mit Parese der unteren Extremitäten, Steigerung der Reflexe, Fussklonus. Psychische Störungen, Zustände plötzlicher Erschlaffung der unteren Extremitäten ohne Bewusstseinstrübung. Atrophie der Sehnerven. Fällt nach 2jährigem Anstaltsaufenthalt von einem Stuhl auf das l. Scheitelbein und stirbt 3 Tage nach dem Fall nach vorhergegangenem Erbrechen, Cyanose, Bewusstlosigkeit. Bei der Obduction zeigen sich die Schädelknochen transparent, noch ein kleiner Rest der grossen Fontanelle ist erhalten. Pfeilnaht, Kranznaht, Lambdanaht sind nicht fest verwachsen, so dass die einzelnen Knochen eine gewisse Beweglichkeit zeigen. Am linken Scheitelbein eine 15 cm lange Fissur. Bluterguss zwischen Knochen und Dura mater. Erhebliche Erweiterung besonders der Seitenventrikel. An der unteren Fläche des kleinen Gehirns 4, erbsenhaselnussgrosse Tumoren (kleinzellige Sarkome). Medulla oblong. in der Richtung von vorn nach hinten comprimirt.

In der Epikrise macht Verf. darauf aufmerksam, dass bei dem Eintritt in die Anstalt die Fontanelle und die Suturen verknöchert erschienen, während doch im Verlauf des Aufenthaltes in Bicêtre die Knochen noch sichtbar auseinander traten. Verf. sieht darin mit Recht eine Schwierigkeit für die Indication zur Craniectomie.

5. Fall. Idiotie nach Meningoencephalitis. 10jähriger blödsinniger Idiot mit ausgesprochenem Trigonocephalus. In der unteren Extremität leichte Starre, mässiger Pes equinus. Gehen sehr erschwert. Strabismus converg. Ohne Lähmung der Augenmuskeln. Ausgedehnte Verwachsung der Hirnhäute mit der Hirnrinde. Verdickung der Pia mater. Erweiterung der Gefässe, bedeutende Erweiterung und Vermehrung der Capillaren. Nirgends Anhäufung von Leucocythen im perivasculären Raum, der dagegen an verschiedenen Stellen erhebliche Anhäufung von rothen Blutkörperchen zeigt. Die oberflächliche Schicht der Parallel-Fasern ist atrophisch, an einzelnen Stellen ganz verschwunden. Ganglien vielfach atrophisch und Vacuolenbildung zeigend. Kerne der Augenmuskeln völlig

Digitized by Google

normal. Verfasser führt den Strabismus auf corticale Reizung des Oculomotoriuscentrum zurück.

6. Fall. Idiotischer Blödsinn mit Epilepsie. *Pott*'sches Uebel. Tod an allgemeiner Tuberculose. Pat. war väterlicherseits, von Seiten des Grossvaters und des Vaters belastet, während die mütterliche Ascendenz keine degenerativen Momente aufweist. Die Geschwister des Pat. waren gesund. Verf. erklärt diesen häufig vorkommenden und scheinbar überraschenden Fall durch die Annahme, dass sich die Eigenschaften des einen oder andern der Eltern insgesammt auf das eine oder andere der Nachkommen übertragen und hier also keine Mischung der Eigenschaften stattfindet. Verf. will bei seiner grossen Erfahrung nie gesehen haben, dass durch eine hygieinisch zweckmässige Verheirathung (Vollblutkreuzung) der auf einer Seite vorhandene Zug zur Entartung vermindert wurde, diese hat meist einen progressiven Charakter (*B.*'s Ansicht würde also mit der alten *Morel*'schen Theorie übereinstimmen. Ref.).

7. 3 Fälle von männlicher Hysterie.

Ein dritter Theil des Berichtes enthält die Vorträge, die auf dem internationalen Congress für Psychiatrie von *B.* und seinen Schülern gehalten wurden. Zur Einleitung dient ein Versuch zu pathologisch anatomischer Eintheilung der Idiotie. *B.* unterscheidet:

1. Hydrocephale Idiotie.
2. Mikrocephale Idiotie.
3. Idiotie in Folge von Entwicklungshemmung der Hirnwindungen.
4. Idiotie in Folge von angeborener Missbildung des Gehirns (Porencephalie. Fehlen des Balkens).
5. Idiotie in Folge tuberöser (hypertrophischer) Sklerose des Gehirns.
6. Idiotie nach atrophischer Sklerose:
   a) Sklerose 1 oder 2 Hemisphären,
   b) Sklerose 1 Hirnlappens,
   c) Isolirte Sklerose von Hirnwindungen,
   d) Sclérose chagriné des Gehirns.
7. Idiotie nach chronischer Meningoencephalitis.
8. Idiotie mit Myxödem (in Folge Fehlens der Schilddrüse).

Es folgen dann: Beiträge zur Kenntniss der Mikrocephalie von *Camescasse*, zur Porencephalie von *Sallier* und zur Idiotie pachydermique von *Bourneville*.

In ersterer Abhandlung äussert Verf. seine Bedenken über die Auffassung der Mikrocephalie als einer atavistischen Bildung. Entschieden wird die Behauptung bestritten, dass die Eltern der Mikrocephalen stets gesunde und kräftige Leute seien. In 8 Fällen unter 9, die Verf. anführt, fanden sich schwer belastende Thatsachen in der Ascendenz. In 7 Fällen konnte Genaues über die erste Entwicklung der Patienten erfahren werden und in 5 davon waren eklamptische Anfälle in früher Jugend vorhanden. Was die von *Vogt* behauptete Fortpflanzungsfähigkeit der Idioten anbetrifft,

Digitized by Google

so konnte bei den in Bicêtre beobachteten Fällen wenigstens constatirt werden, dass mit 1 Ausnahme die Genitalien normale Entwickelung zeigten. Es folgen 5 genau beschriebene Fälle von Mikrocephalie, 1 mit Sectionsresultat; hier fand sich das kleine Gehirn von dem grossen so gut wie nicht bedeckt und zwischen diesem und der Hinterhauptsschuppe ein verhältnissmässig grosser im wesentlichen mit Liquor cerebrospin. ausgefüllter Raum, so dass von einem Druck seitens des Schädels auf das Gehirn keine Rede sein konnte. Hier war auch durch regelmässige Messungen während des Aufenthaltes in Bicêtre eine beständige Vergrösserung des Schädels festgestellt worden, Thatsachen, die wieder gegen die Annahme sprechen, dass Mikrocephalie durch gehemmtes Schädelwachsthum, durch frühzeitige Nahtverknöcherung bedingt sei und die auch hinsichtlich der Craniectomie zu denken geben.

Bemerkenswerth sind die Erziehungs- und Unterrichtsresultate, die in Bicêtre bei der Mehrzahl der Fälle erreicht wurden, die natürlich um so besser waren, je früher die Pat. in sachgemässe Behandlung kamen.

Sallier veröffentlicht 4 Fälle von Porencephalie: 2 Fälle von echter, 2 von Pseudoporencephalie. Die echte Porencephalie beruht auf angeborener Entwickelungshemmung der Hemisphäre, die Pseudoporencephalie ist bedingt durch einen zerstörenden Vorgang wahrscheinlich in der Folge einer Kreislaufstörung, die im intrauterinen Leben oder später statt hatte. In der Regel, nicht immer, findet bei der Pseudoporencephalie eine Communication der verticalen Lücke mit dem Ventrikel nicht statt, bei der echten Porencephalie ist dies stets der Fall. Bei dieser strahlen die Hirnwindungen radiär von der Lücke der Hirnrinde aus, bei der Pseudoporencephalie sind die Windungen in ihrem normalen Verlauf durch den Defect einfach unterbrochen. Die Form des Defectes ist bei der echten Porencephalie trichterförmig, kreisrund oder spaltartig, bei der Pseudoporencephalie handelt es sich um eine klaffende Lücke, deren Wände nicht von Windungen, sondern von weisser Substanz gebildet sind.

Auch mit einer grossen Ausdehnung des pseudoporencephalen Processes kann die psychische Störung verhältnissmässig gering sein, während die echte Porencephalie meist völligen Blödsinn bedingt.

In seinen „Beiträgen zur Kenntniss der Idiotie mit Myxödem" veröffentlicht *B.* 8 neue Fälle der Idiotie pachydermique, deren genaue Kenntniss wir ihm in erster Linie verdanken. Im Anschluss daran beschreibt Verf. noch einen Fall von Idiotie polysarcique, die eine Abart der obigen Form darzustellen scheint. Der Habitus der Pat. gleicht allerdings dem bei Idiotie pachydermique. Es sind aber doch einige, nicht unwesentliche Verschiedenheiten vorhanden: Es fehlen die pseudolipomatösen Massen, die Pachydermie der Hände und Füsse, die charakteristische Rauhigkeit der Stimme, es sind keine Spuren von Rhachitis vorhanden, die Langsamkeit in den Bewegungen ist keine so hochgradige, es fehlen

Digitized by Google

die Hernien, die Schilddrüse scheint vorhanden zu sein. *B.* stellt weitere Publicationen über die Idiotie polysarcique in Aussicht.

Dem inhaltreichen Band sind zahlreiche Illustrationen beigegeben: Photographien von Kranken, von denen, die besonderes Interesse bieten, welche denselben Kranken in verschiedenen Altersstufen darstellen, photographische Abbildung eines Idiotengehirns und Tafeln, aus denen die Fortschritte im Unterricht zu ersehen sind. Für die ferneren Publicationen von Bicêtre hätten wir noch einen Wunsch: Es möchten den Obductionsberichten die Befunde am Gehirn, namentlich an den Windungen in graphischer, wenn auch ganz schematisch gehaltener Darstellung beigegeben werden. Die Verständlichkeit und der Nutzen der Mittheilungen würde dadurch wesentlich erhöht.

***Kölle* und *v. Schulthess*-Rechberg, VI. Bericht der Schweizer Anstalt für Epileptische a. d. Rüti bei Zürich-Riesbach. — 1892.**

Bericht der Anstalt für das Jahr 1891.

Aufnahmen betrugen 47 Kranke (21 m., 26 w.), Abgang 33 (15 m., 18 w.) und zwar 2 als genesen, 17 gebessert, 8 ungebessert, 3 verschlimmert, 3 durch Tod. Bestand am Ende des Berichtsjahres 131 Kranke (50 m., 81 w.).

Die Anstalt besteht jetzt aus 4 Hauptgebäuden.

1. Dem ursprünglichen Gebäude für jugendliche Kranke beiderlei Geschlechts.

2. Dem Bau für erwachsene weibliche Epileptische.

3. Einem Gebäude für Kranke, die als Handwerker arbeiten (aus einem alten Bauernhaus umgebaut).

4. Ein neu erbautes Oekonomiegebäude.

Auf 9—10 Pat. kommt 1 Warteperson.

Besondere Sorgfalt wird dem Schulunterricht zugewendet. Es sind zu den bisher thätigen Lehrkräften noch 2 geprüfte Lehrerinnen angestellt worden. In einer Vorschule unterrichten 2 Kindergärtnerinnen. Mit Recht wird auf die grossen Schwierigkeiten aufmerksam gemacht, die einem systematischen Unterricht bei Epileptischen entgegenstehen, theils wegen der vielfachen oft wechselnden Abstufungen und intellectuellen Verhalten, theils wegen der vielfachen intercurrirenden Störungen durch die Anfälle.

In dem ärztlichen Bericht wird ein interessanter Fall von Epilepsie mit psychischen Aequivalenten berichtet.

Die psychischen Anfälle äusserten sich keineswegs immer in identischer Weise. Theils waren es Delirien über Verstorbene, theils eine Art Verfolgungswahn. Einigemal rannte Pat. in einem solchen Zustand so lange fort, bis sie zusammenbrach. Dies zeigt auch wieder, dass die sog. Epilepsie procursive keine besondere Abart der Fallsucht ist, sondern ein Symptom, das keine grössere Bedeutung hat als andere psychomotorische Störungen und gelegentlich mit diesen abwechselt. Die Richtigkeit der

Digitized by Google

Diagnose wurde später durch den Eintritt typischer epileptischer Anfälle bestätigt.

Nicht ganz kann sich Ref. mit der Ansicht des Verf. einverstanden erklären, wenn dieser 2 Fälle, in denen die Obduction halbseitige lobäre Atrophie ergab, als Fälle genuiner Epilepsie bezeichnet. Zweifellos handelte es sich beidemal um die Folgezustände von Polioencephalie, die von der typischen Epilepsie scharf zu trennen ist.

Ueber die gedeihliche Entwickelung der schweizerischen Anstalt für Epileptische, wie sie auch aus diesem Berichte zu erkennen ist, wird sich jeder freuen, der diese schöne gut geleitete Anstalt kennt.

44. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige und Epileptische in Stetten i. W. — Von Inspector *Pf. Schall*, Dr. *Habermaas*, Oekonomieverwalter *Bräuninger*.

Abgang im Berichtsjahr betrug 22 m. 23 w., im Ganzen 45 Kr. Der Zuwachs 34 m. 25 w., im Ganzen 59 Kr.

Der Bestand am Schlusse des Berichtsjahres betrug 211 m. 134 w., im Ganzen 345 Kr.

Von den 32 aus der Abtheilung für Epileptische ausgetretenen Kranken wurden entlassen als genesen 6, gebessert 7, ungebessert 10, gestorben sind 9.

Unter den Genesenen befinden sich 3 mit Hysterie behaftete Mädchen.

Eine wesentliche Verbesserung und Erweiterung erfuhr die Anstalt durch einen für 60 epileptische meist schulpflichtige Knaben bestimmten Neubau.

Der Bestand am Schlusse des Berichtsjahres 359 (223 m. 136 w.), davon gehören an der Abtheilung für Epileptische 180 (129 m. 51 w.), der für Schwachsinnige 179 (94 m. 85 w.). Aus Württemberg stammen 277 Kr., dem übrigen Deutschland 68, dem Ausland 14.

***Sarcozzi, A.*, Chronischer Hydrocephalus bei einer 44jährigen Frau. — Annali di freniatria, Bd. II, Heft 2.**

Sehr ausführliche Beschreibung eines Falles von bedeutendem Hydrocephalus bei einer 44jährigen Insassin des Irrenhauses zu Venedig. Anamnestisch nur zu erheben, dass Pat. bis zum 2. Lebensjahr gesund war, dann aber unter Auftreten von Convulsionen eine beständige Zunahme des Schädelvolums zeigte.

Allgemeine Ernährung schlecht. Der grosse Kopf kann nicht aufrecht getragen werden, neigt auf die r. Schulter und zeigt ab und zu rhythmische unwillkürliche Bewegungen, durch die er nach links und hinten gedreht wird.

Pupillen ungleich, ihre Reaction schwach, Sehvermögen, Gehör, Geruchsinn erheblich herabgesetzt, völlige Paraplegie der unteren Extremi-

Digitized by Google

täten, Sprache schwerfällig stammelnd. Psychisch: Meist ruhig apathisch, Gedächtniss erhalten, bedauert arbeitsunfähig zu sein. Ab und zu misstrauisches Wesen, Zeichen von Verfolgungswahn.

Tod an Lungentuberculose.

Obduction. Schädelmaasse:

Längsumfang 380 mm, Quer-(biauricular)Umfang 390. Horizontalumfang 590. Längsdurchmesser 295, Querdurchmesser 180.

Im ganzen symmetrisch nur Prominenz des rechten Scheitelbeins. Spongiosa reducirt.

Erhebliche Verwachsungen von Hirnhäuten und Hirnrinde. Erstere sehr verdickt. Nach Entfernung derselben kommt man direct in eine grosse mit Serum gefüllte Höhle, welche gebildet wird im wesentlichen durch die sehr erweiterten Seitenventrikel. [1]) Flüssigkeitsmenge in dieser Höhle und aus den Hirnhäuten circa 1 Liter. Corpus callosum fehlt fast gänzlich, ebenso das Gewölbe. Hirnmantel verdünnt, Windungen im Ganzen normal, Furchen sehr seicht, rechtsseitig Gyrus Occipit. int. fast ganz verschwunden. Ependym hochgradig verdickt.

III. Ventrikel ist in eine seichte Spalte verwandelt, Thalam. optic. durch Exsudatmassen auseinander gedrängt.

Glandula pinealis fehlt vollständig.

Tractus optici sehr verdünnt.

Auch die andern Hirnnerven sind klein und atrophisch.

Gefässe der Basis atheromatös, mikroskopisch zeigten sich an den Gefässen mittleren Kalibers in gewissen Abständen Anhäufungen grösserer und kleinerer Rundzellen.

Untersuchung des Gehirns ergibt eine allgemeine Zunahme der bindegewebigen Elemente. Ganglien zeigen vielfach abnorme Formen faltig entartet, pigmentirt von der gewucherten Neuroglia, wie zusammengepresst, Kerne vielfach in eine körnige Substanz zerfallen.

Im Corp. striatum und Thalam. optic. ähnliche Veränderungen.

An der Medulla oblongata und spinalis zeigten sich eine besonders in den Seitensträngen auftretende körnig fettige Degeneration.

Verf. gibt dann noch eine sehr ausführliche Epikrise des Falls, die sich zu einem Referate nicht gut eignet.

***Grimaldi*, La quistione dell' assistenza ed educazione degl' idioti e tardivi. — Nuova Rivista, I, 1.**

Dem sehr beherzigenswerthen Artikel entnehmen wir, dass nach der Zählung von 1871 es 17313 Idioten und Imbecille von Geburt an und 8162 durch spätere Krankheit in Italien gab. *Morselli* berechnet letztere Zahl sogar auf 15000. — Und für diese Massen gibt es nur 2 Asyle, noch dazu private Asyle, die sich mit der Erziehung und dem Unterricht

[1]) Eine besonders erhebliche Erweiterung zeigt das rechte Hinterhorn.

Digitized by Google

der „Zurückgebliebenen“ befassen. Das eine von dem Taubstummenlehrer *Gonnelli-Cioni* — früher in Chiavari, jetzt in Vercurago bei Lecco, gegründet, erhält von der Regierung 200 Lire! jährlich; das andere, anfangs in Mailand, gegenwärtig in Nervi von Prof. *Olivero* gestiftet, unter der ärztlichen Obhut des Prof. *Morselli* in Genua. — Dagegen zählt das arme Schweden 12 Schulen, 4 Werkstätten und 3 Asyle für Idioten und Imbecille, Norwegen 2 öffentliche und 1 Privatasyl. *Fr.*

***Wiedemeister*, Mittheilung eines Falles von Polyurie bei einer Gehirnkranken. — Neurolog. Centralblatt, No. 5.**

Eine 34jährige Idiotin entleerte innerhalb 24 Stunden 6000 ccm Urin. Als auszuschliessen erschien Erkrankung der Nieren oder der Blase; bei der zu Tage liegenden Diagnose Hydrocephalus mussten die vorderen Gehirnventrikel mit Flüssigkeit angefüllt sein, die Füllung ging auch auf den 4. Ventrikel über und bedingte so die vermehrte Harnausscheidung. Obgleich dem Verf. die Therapie ganz aussichtslos erschien, so verordnete er doch: Phenacetin, Antipyrin, Antifebrin, Natr. salicyl., Piperacin und 3 Mal in der Woche ein faradisches Bad von 3 Minuten Dauer. Während des Gebrauchs bei Piperacin verringerte sich die Harnmenge; nach Aussetzen des Piperacin wurde Wildunger Wasser gegeben (30 Flaschen), Geruch und Trübung des Urins verschwand, die Reaction wurde sauer, die Menge fiel von 6000 ccm auf circa 500 ccm. — In psychischer Hinsicht keine Aenderung. *S.*

---

11. Anstaltswesen. Ref.: Laehr sen.-Schweizerhof.

***Cowles*, Die Seminarmethode in Irrenanstalten und Hospitälern. — American Journal of Insanity. Januar.**

Nach dem Vorbild *von Ranke's*, welcher in Deutschland die Seminarmethode zur Heranbildung von Historikern benutzte, richtete *C.* in dem McLean-Asyl in Somerville ein psychologisches Seminar ein. Jede Woche findet an einem bestimmten Abend eine Zusammenkunft statt, an welcher die an der Anstalt wirkenden Aerzte und Studirenden theil nehmen. Für jede Sitzung wählt sich einer von ihnen ein Thema aus einer Reihe von untereinander zusammenhängenden Fragen der Psychiatrie oder Neurologie und hält über dasselbe auf Grund eingehender Studien einen Vortrag; hieran schliesst sich eine Discussion. Ueber die Ergebnisse jeder Sitzung nimmt man ein Protokoll auf, das einregistrirt wird und zur Grundlage weiterer Studien dient. *C.* empfiehlt diese Methode warm für alle Anstalten und medicinischen Gesellschaften, da bei derselben die Studien

Digitized by Google

jedes einzelnen allen zu gute kommen. Doch ist zu ihrer Einführung das Vorhandensein einer wissenschaftlichen Bibliothek unbedingt erforderlich.
Richard Snell.

van Deventer, Betrachtungen über die Pflege der Geisteskranken. Psychiatrische Bladen X, Lieferung 3.

Verf. verurtheilt scharf das moderne Streben, die Aufnahme eines Kranken in eine Anstalt zu erschweren. Denn dies schlägt dem Zwecke der Irrenanstalt d. h. eines Krankenhauses geradezu ins Gesicht. Zur Aufnahme gehört das Attest eines Arztes, worin bescheinigt wird, dass N. N. krank ist und der Aufnahme bedarf. Der Behörde wird einfach die Thatsache der erfolgten Aufnahme sofort gemeldet. Es befinden sich viele Geisteskranke (Alkoholisten) in den gewöhnlichen Krankenhäusern und es gibt auch Nichtgeisteskranke in den Anstalten. (1882—89 befanden sich in holländischen Anstalten 20 nicht geisteskranke Personen, davon 13 im jüdischen Hospital zu Amsterdam). In vielen dieser Fälle wird aber wohl irgend ein Gesichtspunkt die Aufnahme wünschenswerth oder nöthig gemacht haben. Damit ist sie vor dem Gesetze völlig gerechtfertigt. — Pflicht des Staates ist es, für eine zweckmässige Unterbringung der Kranken zu sorgen, ohne dadurch die Aufsicht zu verschärfen. Deshalb ist es völlig ungerechtfertigt, dass der Bürgermeister einen Erkrankten einfach in's Gefängniss steckt. Jede Gemeinde muss gezwungen werden für ein Lokal zu sorgen, das geeignet ist vorübergehend Kranke aufzunehmen. Die Aufsicht über dasselbe führt ein psychiatrisch gebildeter Arzt oder wenn ein solcher nicht vorhanden ist, ein gewöhnlicher praktischer Arzt. Damit auch der praktische Arzt weiss, wie er bei einem Geisteskranken zu verfahren hat und wie derselbe zu behandeln ist, lässt sich Verf. länger über Bett- und Zellbehandlung aus und gibt genaue Vorschriften, wann ein Kranker wieder in den gemeinsamen Raum gebracht werden soll und wann bei ihm die sog. freie Verpflegung anzuwenden ist. — Die Sorge der Anstalten soll sich auch auf die entlassenen Kranken richten. Zu diesem Zwecke sollten in grossen Städten psychiatrische Polikliniken errichtet werden, denen die entlassenen Kranken anvertraut werden und die sie mit Rath und That unterstützen könnten. *Serger.*

Leppmann, A., Die ärztliche Fürsorge für Geisteskranke ausserhalb der Anstalt. — Breslau. Verlag von Preuss u. Jünger. 1891. Preis 50 Pfg.

Verf. gibt kurze Rathschläge, in welcher Weise der Arzt sich zu verhalten habe bei Rathertheilung über Geisteskranke, welche nicht in Anstalten sind. Zuerst betrachtet er die geistig Defecten, dann die acut Seelengestörten, darauf die Reconvalescenten, die chronisch Seelengestörten, die Paralytiker und Epileptiker. Im Rahmen des kleinen Schriftchens (35 S.) können es nur skizzenhafte Umrisse sein, was der Verf. bietet. *S.*

Digitized by Google

Dewey, R., Old and new ideas with regard to the work and the organization of institutions for the Insane. — Chicago Med. Rec. Febr.

Verf. bespricht die in England und Amerika auftauchenden Bestrebungen, für die heilbaren Geisteskranken Stadtasyle zu errichten, in denen Specialärzte andrer Disciplinen, die ausserhalb wohnen, die Leitung kleiner Abtheilungen übernehmen sollten. Er begrüsst mit Freuden den Vorschlag, mehr als bisher Specialisten zur Untersuchung und event. Behandlung aller Einzelorgane bei psychisch Kranken heranzuziehen, fordert aber, dass ein in der Anstalt wohnender Psychiater die oberste Leitung habe und betont, dass nicht die Heilung einzelner Organerkrankungen, sondern die den Kranken planmässig zugeführten Eindrücke, die sog. moralische Behandlung, in weitaus den meisten Fällen das Wesentlichste sei. Er verlangt eine grössere Möglichkeit die einzelnen Gruppen von Kranken zu trennen, als sie jetzt in den grossen Anstalten seiner Heimath besteht, und besondere Abtheilungen für Heilbare, auf die alle Sorgfalt concentrirt werden soll, und die mit allen möglichen Apparaten auszustatten seien.

Allbutt, The proposed Hospitals for the Treatment of the Insane. — J. of ment. Sc. Octob. 1891.

Verf. verurtheilt die grossen Anstalten mit mehr als 1000 Kranken, tritt für die Anlage kleinerer Häuser um ein grösseres Centralgebäude ein und bekämpft endlich lebhaft den Vorschlag, statt eines ärztlichen Directors eine Anzahl von Abtheilungsärzten zu schaffen, welche ausserhalb der Anstalt wohnen und practiciren, ähnlich wie dies in andren englischen Krankenhäusern der Fall ist.

Walmsley, The Desirableness of Throwing open our Asylums for the Post-Graduate Study of Insanity. — J. of ment. Sc. Oct. 1891.

Wünscht, dass in jeder Anstalt von den Aerzten derselben Curse abgehalten werden. So würde die Psychiatrie unter den Aerzten verbreitet, und die Anstaltsärzte würden in ihrer Auffassung und ihren Studien gefördert werden.

Bericht über das Kranken-Hospital zu Allerheiligen in Breslau für 1891/92. 8°. 38 S.

Von Krankheiten des Nervensystems wurden mit einfacher Seelenstörung behandelt 40 (25 M. 15 F.), davon geheilt 2, gebessert oder ungeheilt entlassen 37, blieben 1 M. Ferner an Idiotie 1 M., der entlassen wurde, an Hirnentzündung behandelt 9 (5 M. 4 F.), davon 1 geheilt, an Gehirnschlag 35, an anderen Krankheiten des Gehirns 69, an Epil. 9, an Trismus 2, an Chorea 9, an Rückenmarkskrankheiten 22, an Hysterie 27.

Digitized by Google

Irrenstation des städt. Krankenhauses an der Göppertstr. (Dir. Dr. *Wernicke*). Bestand 200 (100 M. 100 F.), aufgenommen 615 (361 M. 254 F.), abgegangen genesen 147, gebessert 203, ungeheilt 157, gestorben 117, davon in den ersten 7 Behandlungstagen fast $^1/_6$. Verausgabt 254,839 M., pro Kopf und Tag 3,55 M. Von den Behandelten (nach dem Kalenderjahre) litten an einfacher Seelenstörung 358 (159 M. 199 F.), davon geheilt 67 (39 M. 28 F.), gebessert oder ungeheilt entlassen 184 (72 M. 112 F.), gestorben 29 (16 M. 13 F.); an paralyt. Seelenstörung 147 (102 M. 45 F.), davon entlassen 30 (22 M. 8 F.), gestorben 54 (37 M. 17 F.), an Seelenstörung mit Epil. 27 (17 M. 10 F.), davon geheilt 2 M., ungeheilt entlassen 15 (10 M. 5 F.), gestorben 2 F., an Seelenstörung mit Hystero-Epil. 18 (3 M. 15 F.), davon entlassen 13, gestorben 1 F., an Imbecillität und Idiotie 20 (11 M. 9 F.), an Del. pot. 56 (51 M. 5 F.), davon geheilt 48 (45 M. 3 F.), gestorben 3 M., waren nicht geisteskrank 155 (97 M. 58 F.), darunter an Trunksucht 35 (27 M. 8 F.), an Epil. 45, an Krämpfen 36, an Hysterie 8 (2 M. 6 F.), an Gehirnleiden 17, an Nervenleiden 5, an Altersschwäche 3, zur Beobachtung 17.

Bericht über die Prov.-Irrenanstalt zu Leubus für 1891/92. 8°. 21 S. (Dir. Dr. *Alter*.)

Oeffentliche Anstalt. Bestand 206 (84 M. 122 F.), aufgenommen 180 (81 M. 99 F.), abgegangen 177 (72 M. 105 F.), blieben 209 (93 M. 116 F.). Vor der Aufnahme waren bis $^1/_2$ Jahr krank 152, länger 27, nicht geisteskrank 1. Heredität nachgewiesen bei 79, also 43,9 pCt. An Paralyse litten von den Trunksüchtigen 5 M., nach Kopfverletzung 1 M., nach Apoplexie 1 F., nach Influenza 1 M. Nach Zangenoperation kam ein 17 Jahre altes Mädchen in die Anstalt. An paralyt. Seelenstörung litten 41 (30 M. 11 F.). Die Paralytiker sind von 16,9 pCt. auf 22,7 pCt. gestiegen. Mit dem Strafgesetz in Conflict 12, von denen bei 5 Geschichtserzählung. Von den Abgegangenen sind genesen 46 (20 M. 26 F.), gebessert 28 (9 M. 19 F.), ungeheilt 76 (24 M. 52 F.), gestorben 26 (18 M. 8 F.), nicht geisteskrank 1 M. Unter den Genesenen 1 M. mit Paralyse, Todesursache progr. Paralyse bei 10 (9 M. 1 F.), Lungentuberculose bei 5 (4 M. 1 F.), von denen 3 M. die Krankheit in der Anstalt acquirirten. Dauernde Bettruhe bei 49 pCt., theilweise bei 16 pCt., beschäftigt 35 pCt., isolirt 1 pCt. — Ausgaben 124,623 M.

Pensions-Anstalt. Bestand 52 (27 M. 25 F.), aufgenommen 17 (14 M. 3 F.), abgegangen 16 (10 M. 6 F.), blieben 53 (31 M. 22 F.). Paral. Seelenstörung bei 7 M. Es genasen 3, gebessert entlassen 3, ungeheilt 7, gestorben 3. Ueberschuss 1794 M.

Bericht über die Prov.-Irrenanstalt zu Bunzlau für 1891/92. 8°. 19 S. (Dir. Dr. *Stöver*.)

Bestand 697 (405 M. 292 F.), wovon in Familienpflege 28 M., aufgenommen 130 (82 M. 48 F.), davon aus Urlaub 9 M., abgegangen als nicht-

Digitized by Google

irre 1 M., als geheilt 12 (5 M. 7 F.), gebessert 15 (10 M. 5 F.), ungeheilt 14 (10 M. 4 F.), beurlaubt 18 (14 M. 4 F.), gestorben 65 (37 M. 28 F.), blieben 704 (412 M. 292 F.). Vor der Aufnahme waren 32 noch nicht ½ Jahr krank. Bei den Paralytikern waren unter 100 Aufnahmen 28 M., 17 F. Erbliche Belastung in 59 Fällen, also fast die Hälfte. In Berührung mit dem Strafgesetze 7 M. und 4 F. Unter den Geheilten ist ein Mann, der an epileptischen Krämpfen und heftigen ängstlichen Erregungszuständen litt, auch ein epileptisches Mädchen, in Folge von Schreck erkrankt, genas. 25 pCt. der Gestorbenen litten an Lungenschwindsucht, 1 Kr. starb an Bromvergiftung, er erhielt täglich 4,5 und 6 g Bromkalium. 5 Typhusfälle, 24 Ruhranfälle kamen zur Behandlung. Entweichungen 29 und zwar 27 von den Arbeitsplätzen aus. In Looswitz waren 28 Stellen für Familienpflege. Wegen körperlicher Erkrankung mussten 7, wegen psychischer Verschlimmerung 23, auf eigenen Wunsch 7 zurückgenommen werden, von denen 2 schwachsinnige junge Männer über Misshandlung durch Dienstboten klagten. Der Thatbestand war nicht sicher zu erweisen. Von den Geheilten dauerte der Aufenthalt unter 1 Jahr bei 10, bis 2 Jahr bei 2 Kr. — Ausgaben 312320, pro Kopf und Jahr 459 M., in der Familienpflege 291 M.

Bericht über die Prov.-Irrenanstalt zu Brieg über 1891/92. 8°. 23 S. (Dir. Dr. *Petersen*.)

Bestand 388 (161 M. 227 F.), davon beurlaubt 7 (3 M. 4 F.) aufgenommen 65 (26 M. 39 F.), abgegangen 55 (21 M. 34 F.), blieben 398 (166 M. 232 F.), davon beurlaubt 14 (6 M. 8 F.). Von den Aufgenommenen voraussichtlich heilbar 31, unheilbar 30, zur Beobachtung 4. An paral. Seelenstörung litten 4 (2 M. 2 F.). Ein Kranker, angeblich erst 6 Wochen krank, starb an Dem. par. schon nach 3 Wochen. Ein anderer Fall von Dem. par., angeblich 14 Tage krank, starb nach 5 Wochen. Heredität nachgewiesen bei 53 (21 M. 32 F.), also 78,4 pCt. Es gingen ab genesen 25 (11 M. 14 F.), darunter 1 M. mit Dem. par., gestorben 25 (11 M. 14 F.). Eine genesene Frau war 8 Jahre in der Anstalt gewesen. Bei den Genesenen betrug der Aufenthalt für 9 unter 1 Jahr, bei 2 darüber. An Tuberculose starben 5 oder 20 pCt. der Gestorbenen. Von der Gutsabtheilung mussten 39 zurückverlegt werden. In 3 chirurgischen Fällen Zwangsjacke. — Ausgaben 156,726 M., pro Kopf und Jahr 317 M.

Bericht der Prov.-Irren-, Heil- und Pflegeanstalt zu Rittergut Alt-Scherbitz und der „Kaiser-Wilhelm-Augusta-Stiftung“ für 1890/91 und 1891/92. 4°. 42 S. (Dir. Dr. *Paetz*.)

1890. Bestand 533 (326 M. 207 F.), Aufnahme 217 (130 M. 87 F.), entlassen genesen 36 (16 M. 20 F.), gebessert 42 (29 M. 13 F.), ungeheilt 37 (16 M. 21 F.), gestorben 48 (40 M. 8 F.), blieben 587 (355 M. 232 F.).

Digitized by Google

Für 1891 Bestand 587 (355 M. 232 F.), aufgenommen 211 (115 M. 96 F.), entlassen genesen 49 (18 M. 31 F.), gebessert 46 (21 M. 25 F.), ungeheilt 49 (27 M. 22 F.), gestorben 64 (48 M. 16 F.), blieben 588 (354 M. 234 F.). 2 in beiden Jahren als nicht krank Bezeichnete waren schon vorher genesen. Ursächliche Momente: hereditäre bei je 92 und 100, Abus. alc. je 15 und 18, Syphil. je 10 und 17. Von den Aufgenommenen mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen: je 15 und 9, muthmaasslich heilbar je 49 und 44. An progr. Paralyse starben 29 (28 M. 1 F.), im Status epil. 4, an Tuberculose 5, an Erstickung von einem Bissen 1, bei unerlaubtem Baden 1 M.

Im Siechenasyl war 1891 Bestand 139 (75 M. 64 F.), aufgenommen 29 (8 M. 21 F.), entlassen 3, durch Tod 22 (9 M. 13 F.), blieben 143 (72 M. 71 F.). Dazu 1892 aufgenommen 55 (33 M. 22 F.), entlassen 6, gestorben 27 (18 M. 9 F.), blieben 164 (82 M. 82 F.). — Ausgaben je 461,604 und 487,730 M. Der Reinertrag des Gutes betrug 268,952 M. und 277,752 M.

Bericht über die Irrenanstalten zu Allenberg und Kortau in Prov. Ostpr. für 1891. 4°. 12 S. (Dir. Dr. *Sommer* und Dr. *Stoltenhoff*.)

Allenberg. In 6 Familien wurden nahe der Anstalt in Pflege gegeben 18 Kranke, von denen 5 in die Anstalt zurückgenommen werden mussten und 2 nach Hause entwichen. Monatlich 10—14 M.

In Kortau kamen 13 Kranke in Familienpflege, 4 weitere Frauen wurden zurückgegeben, pro Monat durchschnittlich 17 M. Absicht, geisteskranke Verbrecher in eine besondere Abtheilung der Besserungsanstalt zu Tapiau unterzubringen, wodurch in beiden Anstalten ca. 50 Plätze frei würden. Festgehalten, dass nur bleibt, dessen Zustand es unbedingt verlangt, daher 99 Entlassungen in Allenberg, 101 in Kortau. Die neue Speiseordnung, wonach Fleisch- und Brotmenge um ca. 20 pCt., Butter für die 3. Klasse von 25 g auf 15 g, die Portionen der Frauen um $^1/_6$ vermindert, für die Kochzwecke statt Vollmilch Magermilch gegeben wird, bewährt sich vortrefflich.

In Allenberg Bestand 655 (327 M. 328 F.), aufgenommen 183 (95 M. 88 F.), ausgeschieden 154 (87 M. 67 F.), davon geheilt 37 (19 M. 18 F.), gebessert 45 (20 M. 25 F.), ungeheilt 15 (12 M. 3 F.), gestorben 55 (34 M. 21 F.), nicht geisteskrank 2 M. 5 Untersuchungsgefangene waren krank, 1 Suicid und 1 Todesfall bei der Flucht. Es blieben 684 (335 M. 349 F.). Von 42 Wärtern mussten 17 wegen Strike entlassen werden.

In Kortau Bestand 538 (275 M. 263 F.), aufgenommen 175 (94 M. 81 F.). Abgang 137 (79 M. 58 F.), davon nicht-irre 3, genesen 35, gebessert 54, ungeheilt 9, gestorben 36, blieben 576 (290 M. 286 F.). 3 Suicide. Von 141 Beamten und Gesinde gingen 80 ab. (Der Bericht berücksichtigt mehr die finanziellen als die ärztlichen Interessen.)

Digitized by Google

Bericht über die Westpr. Prov.-Irrenanstalt zu Schwetz pro 1891/92. 4°. 14 S. (Dir. Dr. *Grunau*.)

Bestand 436 (214 M. 222 F.), aufgenommen 53 (27 M. 26 F.), ausgeschieden 60 (34 M. 26 F.), blieben 429 (207 M. 222 F.). Von den Aufgenommenen voraussichtlich heilbar 20 (4 M. 16 F.), litten an Paralyse 10 (7 M. 3 F.), mit Heredität 41, mit dem Strafgesetz in Conflict 6. Entlassen geheilt 12 (6 M. 6 F.), gebessert 16 (7 M. 9 F.), ungeheilt 5 (4 M. 1 F.), gestorben 23 (13 M. 10 F.), in eine andere Anstalt 1 M., von den Untersuchungsgefangenen entlassen als geisteskrank 2 M., als nicht krank 1 M. Aufenthaltsdauer der Geheilten in der Anstalt bis 1 Jahr bei 11, bis 2 Jahre bei 1. Von den Gestorbenen litten an Paralyse 7 (6 M. 1 F.), starben an Tuberculose 4, also 17,39 pCt. Geschichtserzählung der 3 Untersuchungsgefangenen. Die Influenza befiel 44, von dem Wartpersonale in der Zahl 58 erkrankten 20. Von den 429 Kranken waren 17 ausgesprochen tuberculös, 22 verdächtig. — Ausgaben 237,926 M., pro Kopf und Tag 1,49.

Bericht über die Westpr. Prov.-Irrenanstalt in Neustadt pro 1891/92. 4°. 37 S. (Dir. Dr. *Kroemer*.)

Bestand 468 (232 M. 236 F.), aufgenommen 161 (77 M. 84 F.), ausgeschieden 124 (56 M. 68 F.), blieben 505 (253 M. 252 F.). Im Bestande waren mit paralyt. Seelenstörung 26 (25 M. 1 F.), kamen zu 25 (18 M. 7 F.), gingen ab ungeheilt 4 M., starben 7 (5 M. 2 F.), blieben 40 (34 M. 6 F.). Die alte Erfahrung wird bestätigt, dass die Entlassung unheilbarer und in der Anstalt nicht gefährlicher Kranker in nur wenigen Fällen zum Ziele, nämlich zu dauernder Entlassung führt, dass vielmehr der grösste Theil solcher Kranker nach längerer oder kürzerer Zeit verschlimmert zurückgebracht wird. Unter den 161 Aufgenommenen waren 64 voraussichtlich heilbare d. h. 39,7 pCt. Belastet 41,6 pCt., Trunksucht als Ursache war in 8 Fällen, bei den Ascendenten in 21 Fällen. Gerichtlich in Untersuchung waren 19, bestraft 13. Ein Kranker wurde aufgenommen 51 Jahre alt und im 28. Lebensjahre erkrankt und hatte seinen Bruder erstochen. Ein Beobachteter wurde als krank, eine andere als gesund erkannt und ausführlich motivirt. Entlassen genesen 36 (14 M. 22 F.), gebessert 32 (13 M. 19 F.), ungeheilt 17 (9 M. 8 F.). Von den Genesenen waren in der Anstalt bis 6 Monate 25 (11 M. 14 F.), länger 11 (3 M. 8 F.); vor der Aufnahme krank bis 6 Monate 30 (10 M. 20 F.), länger 6 (4 M. 2 F.). Die 83 Fälle der Influenza hatten einen gastrischen Charakter. Phthisisch waren 45 Personen. Todesfälle 37 (19 M. 18 F.), darunter 1 Suicid. Ein Windmotor unterstützt die Berieselung, indem er mehr Wasser zuführt. — Ausgaben 309,266 M., pro Kopf und Jahr 550,53 M.

Digitized by Google

Bericht über die Prov.-Irrenanstalt zu Lauenburg i. P. 4°. 12 S. (Dir. Dr. *Siemens*.)

Bestand 271 (132 M. 139 F.), aufgenommen 140 (79 M. 61 F.), abgegangen genesen und gebessert 49 (28 M. 21 F.), ungeheilt 13 (6 M. 7 F.), entwichen 3 (1 M. 2 F.), gestorben 28 (16 M. 12 F.), von letzteren an Tuberculose 4, an Influenza 3, an Lungenentzündung 3, an Paralyse 10 (9 M. 1 F.). Erweiterungsbauten wurden begonnen. Von den aufgenommenen 61 F. waren 36, von den 79 M. nur 26 muthmaasslich heilbar. Die Influenza befiel schwer 17 Kranke und vom Personal nur 9. Schlundsonde war trotz häufiger Nahrungsverweigerung nicht nöthig. Arbeitende 44 pCt. Elektrische Beleuchtung fungirte gut. Neubauten: 6 Krankenhäuser für 300 Kranke, ein Beamten- und ein Pförtnerhaus, Kegelbahn und Gewächshaus. Raum für 50 Pensionäre und 550 Normalkranke.

Bericht über die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim pro 1891/92. 4°. 12 S. (Dir. Dr. *Snell*.)

Bestand 778 (433 M. 345 F.), aufgenommen 197 (112 M. 85 F.). Entlassen geheilt 51 (24 M. 27 F.), gebessert 25 (14 M. 11 F.), ungeheilt 42 (23 M. 19 F.), nicht-irre 3 (2 M. 1 F.), gestorben 79 (49 M. 30 F.), blieben 775 (433 M. 342 F.). Unter den Aufgenommenen 32 (30 M. 2 F.) mit Paralyse, ursächlich 70 (37 M. 33 F.) mit Heredität, 20 M. mit Trunksucht, 7 mit Syphilis, 6 mit Trauma, 5 nach Typhus, 3 nach Influenza. Von den Geheilten dauerte die Krankheit vor der Aufnahme bei 18 bis ½ Jahr, länger bei 6. Die Anstaltsdauer bei 21 bis ½ Jahr, länger bei 2; bei keinem darüber. In Einum Bestand 80 M. Es starben an Lungenschwindsucht 12, an Lungenentzündung 8, an Paralyse 28, an Suicid 1 F. trotz sorgfältiger Aufsicht. Ein Mann von 56 Jahren starb nach 27 Jahren Aufenthalt. — Ausgaben 931,354 M.

Bericht über das 71. Jahr der Prov.-Irren-, Heil- und Pflegeanstalt bei Schleswig für 1891/92. 27 S. 4°. (Dir. Dr. *Hansen*.)

Bestand 777 (427 M. 350 F.), aufgenommen 281 (150 M. 131 F.), entlassen geheilt 40 (17 M. 23 F.), gebessert 73 (32 M. 41 F.), ungeheilt 61 (36 M. 25 F.), gestorben 78 (41 M. 37 F.), nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 F.), blieben 803 (449 M. 354 F.). Die Genesung erfolgte bei Aufenthaltsdauer bis 6 Monate bei 29, bis 3½ Jahre bei 11. Von den Aufgenommenen litten an paralyt. Seelenstörung 18 (13 M. 5 F.). Krankheitsursache der Aufgenommenen: Familienanlage bei 117 (48 M. 69 F.), Trunksucht bei 16 M. Wahrscheinlich heilbar 85, wahrscheinlich unheilbar 32, entschieden unheilbar 161, Todesursache 7 mal Herzlähmung, 10 mal Lungenentzündung, 5 mal Lungenschwindsucht, 5 mal Influenza; mit Paralyse starben 17 (15 M. 2 F.), Krankheitsdauer bei 15 von 1—3 Jahre, bei 1 von 3—4 Jahre, bei 1 von 8 Jahre. — An Influenza erkrankten 9 M. 56 F., 15 Pflegepersonal. Männ-

Digitized by Google

liche Kranke müssen nach Privatanstalten wegen Raummangel übergeben werden. Von 4 zur Beobachtung übergebenen Kranken waren 3 nicht geisteskrank. — Ausgaben 450,559 M.

Bericht über die Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt a. M. für 1891/92. 8°. 23 S. (Dir. Dr. *Sioli*.)

Bestand 248 (115 M. 133 F.), aufgenommen 282 (143 M. 139 F.), abgegangen 308 (158 M. 150 F.), blieben 222 (100 M. 122 F.). Wegen Platzmangel und Umbauten mussten 84 Kranke in Rheinische Privatanstalten überführt werden. Von Dem. par. war Bestand 40 (27 M. 13 F.), gingen zu 64 (47 M. 17 F.), gingen gebessert ab 9 (7 M. 2 F.), ungebessert 30 (20 M. 10 F.), starben 22 (19 M. 3 F.), blieben 43 (28 M. 15 F.). Unter den Aufgenommenen 55 pCt. mit Heredität. In 50 pCt. der Dem. par. konnte Lues in der Vergangenheit nachgewiesen werden. Alkohol war als Ursache bei 24 M. und 4 F. wesentlich, Trauma capitis in 6 Fällen. Die 3 zur Beobachtung Ueberwiesenen waren geisteskrank. Genesen und gebessert entlassen 48 M. 51 F., ungeheilt 77 M. 79 F., gestorben 33 M. 20 F. Die Aufenthaltsdauer der Genesenen betrug durchschnittlich 1 Monat 6 Tage. Die Oberaufsicht der auswärts untergebrachten städtischen Kranken führt der Director. An Decubitus litten 11 M. 9 F., wovon 9 geheilt. An Erysipelas 3, an Othämatom 2, an Lungentuberculose 9, an Phlegmone 6. Ein Paralytiker verzehrte in einer Nacht 3 Finger seiner rechten Hand. Bei 13 Kranken musste Restraint in der Dauer von je 5—7 Tagen angewendet werden. Sondenfütterung bei 9 Kranken günstig. Um- und Neubauten. Vom Pflege- und Dienstpersonal gingen 71 ab. — Ausgaben 300,781 M.

Das Irrenwesen im Königr. Sachsen. 23. Bericht des Landes-Med.-Colleg. über das Medicinalwesen für 1891. S. 212—258.

Bei der Volkszählung 1890 betrugen die Gebrechlichen 12274, darunter 2269 Blinde, 1994 Taube, 3484 (1652 M. 1832 F.) Irrsinnige und 4527 (2165 M. 2362 F.). Geisteskranke waren in Landesanstalten 2374, in Privatanstalten 150, in Krankenhäusern 87, in Versorg- und Armenhäusern 375, in Familien 498. Blödsinnige in Landesanstalten 1536, in Privatanstalten 111, in Krankenhäusern 39, in Versorgungshäusern 426, in Familien 2415. Von den über 30 Jahre alten Geisteskranken sind die meisten in Landesanstalten und nur wenig mehr als der 4. Theil in den Familien.

In der psychiatrischen und Nervenklinik zu Leipzig Bestand 140 (71 M. 69 F.), Zugang 498 (330 M. 168 F.), abgegangen in Familien geheilt 64 (27 M. 37 F.), gebessert 50 (26 M. 24 F.), ungeheilt 28 (13 M. 15 F.), in andere Anstalten geheilt 8 (4 M. 4 F.), gebessert 21 (8 M. 13 F.), ungeheilt 57 (32 M. 25 F.), gestorben 16 (5 M. 11 F.), blieben 138 (73 M. 65 F.). Heredität nachgewiesen bei 142 (94 M. 48 F.). Unter den Zugegangenen waren aus Leipzig 392. Das Alter zwischen 30—40 Jahren ist

Digitized by Google

am meisten vertreten (458). Mit paralytischer Seelenstörung war Bestand 28 (24 M. 4 F.), aufgenommen 107 (91 M. 16 F.), entlassen geheilt 5 (4 M. 1 F.), gebessert 25 (19 M. 6 F.), ungeheilt 44 (40 M. 4 F.), gestorben 37 (34 M. 3 F.), Erblichkeit bei 19.

Sonnenstein mit der Aussenabtheilung Cunnersdorf und Jessen Bestand 479 (271 M. 208 F.), aufgenommen 266 (130 M. 136 F.), ausser 72. Unheilbaren, die aus Colditz und Hochweitzschen zur Entlassung übergeführt wurden. Von den Aufgenommenen gehörten 124 dem Kreise Dresden und 50 pCt. von ihnen erschienen heilbar, während 25 (22 M. 3 F.) an Paralyse litten. Heredität bei 114. 1890 Influenza Ursache der Psychose bei 17, 1891 bei 6. In 10 pCt. Alkoholmissbrauch. 127 (58 M. 69 F.) genasen. Nach $1^1/_2$ Jahren vermag die Anstaltsbehandlung nur in einem kleinen Bruchtheile noch einen wesentlichen Erfolg zu erzielen und nachher kommt eine vollständige Genesung kaum vor. Gestorben 54, bei den Männern 60 pCt. durch allgemeine Paralyse, bei den Frauen 40 pCt. durch Lungenschwindsucht. 3 Suicide. Circa 25 Kranke wurden im Bett gehalten, in geeigneten Fällen mit feuchten Einwicklungen. In frischen acuten Fällen sind narkotische Mittel mit Vorsicht zu gebrauchen. Zwangsweise Ernährung ist in geeigneten Fällen nie nachtheilig gewesen. 13 gelungene Entweichungen. Die zweckmässigste Bewegung ist die Landwirthschaft. In Cunnersdorf blieb Bestand 28 M. Jessen ist jetzt für 120 Kranke eingerichtet.

In Colditz mit Zschadras Bestand 960, aufgenommen 267, von denen 89 paralytisch und 103 Heredität nachwiesen. Abgegangen 213, davon 32 beurlaubt und 112 gestorben. Blieben 1014 Kranke. 15 Entweichungen. Von den Verstorbenen litten 62 an Paralyse. In Zschadras Bestand 331, 130 dahin versetzt. Abgegangen 128, blieben 338.

In Hubertusburg (Irrenabtheilung A) Bestand 451 Frauen, aufgenommen 63, entlassen 62, von ihnen 21 beurlaubt, 29 starben, so dass 452 blieben, 103 in der Meierei Reckwitz. Suicid bei einer Kranken, die schon 14 Jahre in der Anstalt war. 4 geisteskranke Frauen würden in Bezug auf ihre Leistungen einer gesunden Frau gleich zu setzen sein, „während im Allgemeinen 8 Geisteskranke einem Gesunden an Leistung gleichgestellt zu werden pflegen“. Eine Abtheilung für irre Männer wurde eingerichtet, indem 90 sieche geisteskranke Männer von Hochweitzschen kommen. Von 75 Wärterinnen gingen 42 pCt. ab.

In dem Irrenversorghause B war Bestand 1113, aufgenommen 181, abgegangen 226, so dass 1068 blieben. Von den Aufgenommenen litten an Paralyse 19 F. In Abgang 226, davon 67 mit Epilepsie nach Hochweitzschen. Geheilt entlassen 1 F., gebessert 15 F. 6 Entweichungen. Es starben 95, davon an Lungentuberculose 16, an entzündl. Lungenkrankheiten 28. Eine hochgradig Verblödete zog sich schwere Brandwunden zu, woran sie starb. Auf der Aussenabtheilung Liptitz waren 50. Die Anstalt für Epileptische ist aufgehoben.

Digitized by Google

In der Anstalt für Epileptische zu Hochweitzschen Bestand 399 (322 M. 77 F.), aufgenommen 319 (156 M. 163 F.), abgegangen 186 (156 M. 18 F.), davon durch Tod 41 (36 M. 5 F.), verblieben 532 (310 M. 222 F.). In 56 pCt. ist die Epilepsie im Kindesalter, in 18 pCt. in der Pubertätszeit ausgebrochen. Bei 35 pCt. war Erblichkeit, bei 16 pCt. Schreck, bei 5 pCt. Trunksucht namentlich der Väter Ursache. Entlassen genesen 6 M., gebessert 12 (11 M. 1 F.), ungebessert 13 (7 M. 6 F.), unheilbar in Irrenanst. 114 (108 M. 6 F.). Aufenthaltsdauer der Genesenen unter 1 Jahr bei 4, 1—2 Jahre bei 1, über 2 Jahre bei 1. 30 Entweichungen.

In der Irrenstation für männliche Verbrecher zu Waldheim Bestand 39, aufgenommen 16, abgegangen 11, blieben 44.

In der Erziehungsanstalt für schwachsinnige Knaben in Grosshennersdorf Bestand 225, blieben 221. 42 epileptische Zöglinge kamen nach Hochweitzschen.

In der Erziehungsanstalt für schwachsinnige Mädchen zu Nossen war Bestand 168, blieben 151, 2 starben.

Bericht der Grosshzgl. Mecklenbg. Irren-, Heil- und Pflegeanstalt Sachsenberg bei Schwerin für 1890 und 1891. 4°. 26 S. (Dir. Dr. *Schuchardt.*)

1890. Bestand 607 (338 M. 269 F.), aufgenommen 162 (71 M. 91 F.), abgegangen genesen 36 (16 M. 20 F.), gebessert 44 (22 M. 22 F.), ungeheilt 44 (21 M. 23 F.), gestorben 43 (23 M. 20 F.), blieben 600 (325 M. 275 F.). Unter den Aufnahmen 11 M. paralytisch. Von den Genesenen hatte die Krankheit gedauert bis 3 Monate bei 23, bis 6 Monate bei 8, bis 12 Monate bei 3, bis 2 Jahre bei 2: je früher die Aufnahme, je höher der Procentsatz der Genesungen. Todesursache 12 Mal Tuberculose. 2 Mal Suicid. An der Influenza erkrankten 175, darunter 113 Kr., Wartpersonal 46 pCt., von den Aerzten 3. Todesfälle 2. Ausgabe 256356 M.

1891. Aufgenommen 167 (89 M. 78 F.), abgegangen genesen 40 (13 M. 27 F.), gebessert 39 (20 M. 19 F.), ungeheilt 37 (22 M. 17 F.), gestorben 53 (35 M. 18 F.), blieben 597 (323 M. 274 F.). Von den Genesenen waren vor der Aufnahme krank bis 3 Monate 31, bis 6 Monate 6, bis 12 Monate 3, länger Keiner. Gestorben an Tuberculose 18. — Ausgabe 278857 M.

Jahresbericht der Irrenanstalt zu Lübeck für 1891. 6 S. 4°. (Arzt Dr. *Reuter.*)

Bestand 140 (72 M. 68 F.), aufgenommen 51 (24 M. 27 F.), entlassen geheilt 9 (3 M. 6 F.), gebessert 9 (3 M. 6 F.), ungeheilt 31 (12 M. 19 F.), gestorben 13 (9 M. 4 F.), blieben 129 (69 M. 60 F.). Von Paralytischen war Bestand 6 M., aufgenommen 6 M. und 1 F., gestorben 5 M., blieben 8 (7 M. 1 F.). — Ausgaben 97413 M., pro Kopf und Tag 1,95 M.

Digitized by Google

Bericht der nied.-österr. Landesirrenanstalt Wien, Ybbs, Klosterneuburg und Kierling-Gugging pro 1890.

Wien. Dir. Dr. *Gauster*. Bestand 769 (402 M. 367 F.), aufgenommen 887 (570 M. 317 F.), darunter in der klinischen Abtheilung 281 (182 M. 99 F.), abgegangen geheilt 228 (165 M. 63 F.), gebessert und gegen Revers 160 (88 M. 72 F.), übersetzt in andere Anstalten 234 (138 M. 96 F.), in Versorgung 39 (27 M. 12 F.), ohne Krankheit 11 (10 M. 1 F.), entwichen 3 M., gestorben 191 (123 M. 68 F.), blieben 790 (418 M. 372 F.). Normalraum 700. Beurlaubt 21 (12 M. 9 F.), davon zurückgekehrt 4 M., geheilt entlassen 10, gegen Revers gebessert 4, verblieben beurlaubt 3. Von den Aufgenommenen litten an paralytischer Geistesstörung 216 (170 M. 46 F.), an Alcoholismus 161 (152 M. 9 F.), an Simulation 10 M. 2 F. Unter den Geheilten mit Del. alcoh. 128 (121 M. 7 F.), mit paralytischer Geistesstörung 3 (2 M. 1 F.), mit epileptischer Geistesstörung 9 (8 M. 1 F.). Bei den Geheilten war Verpflegsdauer bis ½ Jahr bei 193, bis 1 Jahr bei 32, bis 1—3 Jahre bei 6, bis 3—5 Jahre bei 3, über 5 Jahre bei 5. Es starben an paralytischer Geistesstörung 99 (83 M. 16 F.), an Del. alc. 5, ohne Krankheit 1 M. An Erysipelas faciei erkrankten 19, wovon 3 starben. Casuistik: 1 Fall von Heilung einer Psychose im Initialstadium einer fieberhaften Erkrankung, 1 Fall von Verschlimmerung von Manie durch Influenza mit tödtlichem Ausgang. 1 Fall von transitorischem Irresein in Folge acutem Alcoholismus, 1 Fall von Kindesmord als erste Erscheinung des Ausbruchs von chronischem Wahnsinn, 1 Fall von Meningitis cerebrospinalis. Somnal wirkte bei 60 pCt. schon nach ½ Stunde, ähnlich dem Paraldehyd und Sulfonal. Einmal die Jacke durch 2 Tage und in 21 Fällen Schutzhandschuhe. Besuche hatten 1299 Kranke von 51795 Personen. Ausgänge hatten 497 Pfleglinge mit und 12 ohne Begleitung. Beschäftigt 585 Kranke. Gerichtliche Commissionen waren in der Anstalt 677 an 82 Tagen und 91 Kranke wurden für wieder dispositionsfähig erkannt. Vom Pflegepersonale gingen 92 ab.

Ybbs. Dir. Dr. *Tilkowsky*. Bestand 493 (227 M. 266 F.), aufgenommen 36 (15 M. 21 F.), abgegangen genesen 12 (5 M. 7 F.), gebessert 6 (1 M. 5 F.), entwichen 7 M., in andere Anstalt 3 (2 M. 1 F.), gestorben 45 (17 M. 28 F.), blieben 456 (210 M. 246 F.). An Lähmung litten 12 (8 M. 4 F.), an Epilepsie 41 (15 M. 26 F.). Ursachen: 16 Exc. in venere, 37 an Ab. spir., 75 an Familienanlage, 14 an Trauma, 9 an religiösen Einfluss. 6 erkrankten an Ileotyphus, 164 (41 M. 123 F.) an Influenza, an Trachom 154 (71 M. 83 F.).

Klosterneuburg. Prov.-Dir. Dr. *S. Weiss*. Vom 1. Juli 1890 bis Ende 1891. Bestand 350 (159 M. 191 F.), aufgenommen 96 (37 M. 59 F.), abgegangen geheilt 13 (9 M. 4 F.), gegen Revers 9 (3 M. 6 F.), beurlaubt 1 Kranker, in eine Anstalt 24 (6 M. 18 F.), in Siechenanstalten 4 (3 M. 1 F.), Gemeindeversorgung 3 (1 M. 2 F.), ins Krankenhaus 1 Kranker, ent-

Digitized by Google

wichen 2 M., gestorben 31 (13 M. 18 F.), blieben 358 (159 M. 199 F.), Jacke in 8 Fällen nöthig. Die eigene Regie bewährt sich hygienisch und finanziell.

Kierling-Gugging. Dir. Primararzt Dr. *J. Kragatsch*. Bestand 358 (209 M. 149 F.), aufgenommen 133 (77 M. 56 F.), abgegangen 81 (46 M. 35 F.), davon geheilt 10 (5 M. 5 F.), ungeheilt 41 (24 M. 17 F.), gestorben 30 (17 M. 13 F.), blieben 410 (240 M. 170 F.), darunter Bestand mit Paralyse 39 (26 M. 13 F.), aufgenommen 23 (18 M. 5 F.), abgegangen 2, gestorben 13 (10 M. 3 F.), blieben 47 (33 M. 14 F.). Von 45 Epileptikern geheilt 1 Kranker. Ursachen: Alkohol 79, Heredität 60, Trauma 24, Syphilis 18. Hydropathische Einpackung half in mehreren Fällen sehr gut.

Im öffentlichen Spitale zu Mödling ist eine Irrenabtheilung mit 48 männlichen Pfleglingen, in Bruck sind 37 Idioten.

Bericht der steierm. Landesirrenanstalt Feldhof, incl. der Filialen Lankowitz, Kainbach, Hartberg für 1891. 4°. 16 S. (Dir. Dr. *Schlangenhausen*.)

Bettenzahl in Feldhof 385, Lankowitz 120, Kainbach 104, Hartberg 60, Bestand 940 (449 M. 491 F.), davon in Lankowitz 118 F., in Kainbach 104 M., in Hartberg 37 M. 36 F. Aufgenommen 373 (219 M. 154 F.), abgegangen geheilt 99 (53 M. 46 F.), gebessert 28 (16 M. 12 F.), transferirt und ungeheilt 68 (37 M. 31 F.), gestorben 146 (86 M. 60 F.), blieben 972 (476 M. 496 F.), davon in Lankowitz 122 F., in Kainbach 100 M., in Hartberg 30 M. und 31 F. — An paralytischer Geistesstörung litten 162 (111 M. 51 F.), wovon 15 M. und 4 F. entlassen und 45 (30 M. 15 F.) starben und 98 (66 M. 32 F.) verblieben. Ursache bei 161 (135 M. 26 F.) Abusus spir., bei 261 (114 M. 147 F.) Familienanlage, bei 62 (39 M. 23 F.) Trauma, bei 17 (11 M. 6 F.) Lues, bei 11 F. Typhus. Entwichen aus der Centrale 14, aus Kainbach 3. Besuche fanden 3820 statt. Wartbestand: 58 M. 38 F. — Ausgaben 315361 fl.

Bericht der Vorarlberger Landesirrenanstalt Valduna pro 1891. 4°. 28 S. (Dir. Dr. *v. Hepperger*.)

Bestand 117 (62 M. 55 F.), aufgenommen 74 (41 M. 33 F.), abgegangen 65 (40 M. 25 F.), blieben 126 (63 M. 63 F.). Von den Aufgenommenen litten 4 M. an Paralyse. Die Melancholie hatte 29,7 pCt. Unter den Aufgenommenen nur 3 Alkoholiker. 58,9 pCt. waren voraussichtlich heilbar. In 50 Fällen Erblichkeit, in 3 Syphilis. Klagen über die verspätete Einlieferung. Von den Abgegangenen wurden geheilt 24 (14 M. 9 F.), gebessert 10 (6 M. 4 F.), ungebessert 12 (6 M. 6 F.), in andere Anstalten 11 (7 M. 4 F.), ohne nachweisbare Geistesstörung 1 M., gestorben 7 (5 M. 2 F.). Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bis 6 Monate bei 23 (14 M. 9 F.), bis 2 Jahre bei 1 M.; Behandlungsdauer bis 6 Monate bei 18,

Digitized by Google

bis 2 Jahre bei 6. Günstige Heilungstendenz der Recidiven. Von den Gestorbenen hatten 3 Lungenphthisis. 11 Kranke wurden an Lungentuberculose behandelt. Bei Verruca vulgaris half Sol. Fowl. überraschend. Duboisinsulfat bei geringen Aufregungen 2—4 stündliche Ruhe. Bei Dosen über 1 mg fast stets eine theils beruhigende, theils schlafmachende Wirkung, meist schon nach 15—20 Minuten. Die längste Dauer des mit 2 mg erzielten Schlafes betrug 6½ Stunden. Nur einmal und zwar bei der geringen Dose von 8 dmg. Vergiftungserscheinungen, die nach 3 Stunden wichen. Gute Erfolge bei Sulfonalbehandlung, Amylenhydrat mit Cognac war ausgezeichnetes Hypnoticum. Die Jacke musste 2 Mal wegen Zerstörungstrieb und 2 Mal wegen Selbstbeschädigung bei 3 M. und 1 F. die Zwangsfütterung angewendet werden. 9 Kranke hatten unbeschränkten Ausgang. — Ausgaben 44389 fl.

Bericht der Landesirrenanstalt Stenjevec (Croatien) pro 1891. Fol. 16 S. (Dir. Dr. *Rohacek.*)

Bezirksbehörde Agram. Bettenzahl 250, im Nothfall 300. Bestand 323 (155 M. 168 F.), im Laufe des Jahres verpflegt 540 (286 M. 154 F.), davon zugeführt durch Angehörige oder durch Vermittelung der Bezirks- oder Gemeindeämter 399 (204 M. 195 F.). Abgegangen genesen 13 (10 M. 3 F.), gebessert 57 (32 M. 25 F.), beurlaubt 1 M. und 1 F., der häuslichen Pflege übergeben 12 (9 M. 3 F.), gegen Revers 5 (2 M. 3 F.), transferirt 4 (3 M. 1 F.), entwichen 8 (7 M. 1 F.), gestorben 80 (50 M. 30 F.), zusammen 181 (114 M. 67 F.). Es blieben 359 (172 M. 187 F.). 11 von den Abgegangenen kamen wieder zurück. An Paralyse litten 80 (61 M. 19 F.), an Epilepsie 62 (32 M. 30 F.). Von den Abgegangenen litten an Paralyse 41 (33 M. 8 F.), an Epilepsie 17 (9 M. 8 F.). Da wie überall so auch hier die Erfahrung zeigte, dass, je früher die Anstalt hilft, um so mehr genesen oder gebessert werden, so wurden von oben herab die Behörden darauf aufmerksam gemacht, dass die Kranken baldigst in die Anstalt gebracht würden und nicht erst, wenn sie zu Hause unbequem und anstaltsreif, d. h. unheilbar geworden sind. Von den 22 Aufgenommenen starben 10 mit Paralyse und 6 mit Tuberculose. Ursache war bei 76 (32 M. 44 F.) Heredität, bei 26 (21 M. 5 F.) Spirituosen, bei 12 (8 M. 4 F.) Syphilis, Trauma bei 10 (8 M. 2 F.). An Tuberculose starben 23 (11 M. 12 F.). Von 80 Gestorbenen wurden 5 operirt. 1 Mann war im Verlaufe von 7 Jahren 10 Mal in der Anstalt. — Gesammtkosten 61730 fl. — Seit Eröffnung der Anstalt am 16. November 1879 bis Ende 1891 aufgenommen 1950 (1162 M. 788 F.), davon genesen 144 (69 M. 75 F.), gebessert 526 (313 M. 213 F.), beurlaubt 29 (18 M. 11 F.), entwichen 58 (49 M. 9 F.), gegen Revers 137 (83 M. 54 F.), transferirt 60 (43 M. 17 F.), gestorben 637 (415 M. 222 F.), verblieben 359 (172 M. 187 F.).

Digitized by Google

43. Bericht der Heil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg über 1891. 23 S. 8°. (Dir. Dr. *Laufer*.)

Bestand 320 (157 M. 163 F.), aufgenommen 50 (29 M. 21 F.), darunter 2 nicht geisteskranke Männer, abgegangen genesen 9 (7 M. 2 F.), gebessert 15 (8 M. 7 F.), ungebessert 16 (10 M. 6 F.), gestorben 22 (11 M. 11 F.), blieben 306 (148 M. 158 F.). Behandlungsdauer der Genesenen bis 1 Jahr bei Krankheitsdauer von 1 Monat vor der Aufnahme bei 5, 1—2 Jahre bei Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Jahr bei 4; Erblichkeit bei 8. Unter den Aufgenommenen 6 (4 M. 2 F.) mit progressiver Paralyse, 81 pCt. mit Heredität. Die Kolonie auf dem St. Margarethenberg wurde vom 23. Mai bis 24. October von 15 Kranken mit 2 Wärtern benutzt. Von 19 Wärtern und 18 Wärterinnen traten 15 Wärter und 5 Wärterinnen aus. — Ausgaben 219269 Frcs.

Bericht der Bernischen Heil- und Pflegeanstalt Waldau für 1891. 8°. 32 S. (Dir. Dr. *v. Speyr*.)

Bestand 390 (193 M. 197 F.), darunter 19 (14 M. 5 F.) mit Paralyse, 18 (14 M. 4 F.) auf alkoholischer Grundlage, aufgenommen 126 (70 M. 56 F.), darunter 9 M. mit Par., und 21 (18 M. 3 F.) auf alcohol. Grundlage, nicht geisteskrank4 (3 M. 1 F.), entlassen nicht geisteskrank 4, genesen 27 (11 M. 16 F.), geb. 48 (28 M. 20 F.), ungebessert 35 (28 M. 7 F.), gestorben 19 (10 M. 9 F.), blieben 407 (196 M. 211 F.). Eine nicht geisteskranke Frau litt an puerperaler Parametritis mit Fieberdelirien. Zur gerichtlichen Begutachtung traten 10 M. und 4 F. in die Anstalt, von denen nur 2 nicht geisteskrank waren. 28 (19 M. 9 F.) entwichen, die wenigsten aus der geschlossenen Anstalt, 6 (4 M. und 2 F.) mit Nachschlüsseln, 7 bei der Arbeit im Freien, und 5 M. aus den Kolonien. Es starben an progressiver Paralyse 9 (8 M. 1 F.), ein Mann litt wenigstens $8^1/_2$ Jahre daran. Von den Frauen war eine mit 89 Jahren in Waldau 36 Jahre, vorher 6 Jahre in der alten Irrenanstalt verpflegt. Eine F. ertrank im Bade, war paralytisch, 3 Erysipele. Von 53 Wartpersonal traten 22 aus. Der Erfolg mit Strychnininjectionen bei Trinkern war gering. Die Alcoholiker passen nicht für eine Irrenanstalt, machen allerlei Störungen. Kosten 261892 Frcs., pro Tag und Kopf 1,81 Frcs.

6. Bericht der schweizer. Anstalt für Epileptische auf der Rüti bei Zürich-Riesbach pro 1891. 8°. 52 S. (Dir. *F. Kölle*.)

Bestand 117 (44 m. 73 w.), aufgenommen 47 (21 m. 26 w.), abgegangen genesen 2, gebessert 17, ungebessert 8, verschlimmert 3, gestorben 3, blieben 131 (50 m. 81 w.), Seit 1886 aufgenommen 222. Von den Angemeldeten ist ca. die Hälfte aufgenommen. 5 kamen in Irrenanstalten. 3 Gebäude. Zum Essen und in die Schule kommen die Kranken ins Mutterhaus. Auf 1 Wartpersonal kamen 11 resp. 9 Pfleglinge. Als Ursache in 15 pCt. Trunksucht der Eltern. 13 hatten im Jahre keine Anfälle, 1 1812. 38 Angestellte. Ausgaben 317418 Frcs.

Digitized by Google

Bericht über die Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden, Aargau. pro 1891. 8°. 36 S. (Dir. Dr. *Weibel.*)

Bestand 515 (212 M. 303 F.), darunter Paralyse 5 M., aufgenommen 188 (91 M. 97 F.), darunter Paralyse 9 (7 M. 2 F.), abgegangen geheilt 41 (23 M. 18 F.), gebessert 49 (26 M. 23 F.), ungebessert 28 (14 M. 14 F.), darunter Paralyse 2 M., gestorben 40 (17 M. 23 F.), darunter 2 paralytische Männer, blieben 545 (223 M. 322 F.). Nichtirre 3 (2 M. 1 F.). An Nahrungsverweigerung 607 (110 M. 497 F.), bei denen 492 Mal (88 M. 404 F.) künstliche Ernährung angewendet werden musste. Ueberfüllung. Wasserversorgung ungenügend. In der Irrenanstalt Ausgaben 319446 Frcs. Zur Anregung für die Arbeit werden geistige Getränke und Tabak in mässigen Quantitäten gewährt. In der hiermit verbundenen Krankenanstalt war Bestand 43 Kranke, theilweise auch ruhige Geisteskranke.

***Gugl, Hugo* und *Stichl, Anton,* Anstaltsbericht des Sanatoriums Mariagrün bei Graz. 1892.**

Auf *von Krafft-Ebing*'s Veranlassung gründeten Verf. das Sanatorium Mariagrün bei Graz. Der Bau wurde im Frühjahre 1885 begonnen und die Anstalt am 1. Juni 1886 eröffnet. Das Sanatorium liegt am Südabhange des Rosenberges, 25 Minuten von Graz, 400 m über dem Meere in ländlicher Stille. Das Areal umfasst 10 Joch. An der Anstalt wirken ausser 2 Aerzten, 1 Buchhalter, 5 Schwestern und das nöthige Dienstpersonal. Vom 1. Juni 1886 bis 31. Dezember 1891 wurden 357 Kranke (203 männliche, 154 weibliche) aufgenommen. Die meisten litten an Neurasthenie (209) und Hysterie (76), die übrigen zur Behandlung gekommenen Krankheiten waren: Morbus Basedowii, Chorea, Morphinismus, Chloralismus, Gehirnaffection, Rückenmarksleiden, Schreibkrampf und periphere Nervenaffectionen. Von den Neurasthenikern wurden 92 (58 männliche, 34 weibliche) geheilt, 104 (77 männliche, 27 weibliche) gebessert, von den Hysterischen 28 (4 männliche, 24 weibliche) geheilt, 39 (6 männliche, 33 weibliche) gebessert entlassen. Die wissenschaftlichen Bemerkungen zum Anstaltsbericht enthalten eine genauere Besprechung der behandelten Krankheitsformen und den Standpunkt der Verf. in Betreff der Therapie, ohne im Ganzen wesentlich Neues zu bringen. *Serger.*

Verslag van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten en over den Staat dier Gestichten in de Jare 1885, 1886 en 1887, opgemaakt door de Inspecteurs voor het Staatstoezicht op de Krankzinnigen en de Krankzinnigengestichten in Nederland. — 's Gravenhage, 1892. gr. 4°. pp. 329. Mit Taf.

Das niederländische Ministerium des Innern liess wiederum einen Jahresbericht der Irren- und Irrenanstaltinspectoren, Herren Dr. *W. P. Ruysch* und *A. H. van Andel* erscheinen, als Fortsetzung des im vorigen Jahre herausgegebenen Berichtes über die Jahre 1878—81.

Digitized by Google

Dieser Bericht umfasst die Jahre 1882, 1883 und 1884, die Schlussperiode des alten Gesetzes und ist hiermit die Lücke, welche seit dem Berichte 1869—1874 sich noch immer merkbar machte, bis zu der Einführung des neuen Gesetzes ausgeglichen.

(Der folgende Bericht über die Jahre 1885, 86 u. 87 ist unter die Presse.)

Der Bericht wirft erst einen Rückblick auf die Mängel des Gesetzes vom 29. Mai 1841 unter Anerkennung jedoch, dass unter dessen Wirkung und durch dessen Einfluss vieles zu Stande kam, was die Irrenpflege in Holland verbesserte und erzählt dann die Entstehungsgeschichte des Gesetzes vom 27. April 1884. Namentlich zeigte es sich zur Einführung einer Staatsaufsicht auf die ausserhalb der Anstalten verpflegten Geisteskranken, zur grössern Gewähr für die gute Pflege innerhalb derselben, zum Dasein einer genügenden Anzahl von Anstalten, zur nähern Bestimmung der Formalitäten bei der Aufnahme und der Entlassung der Patienten, zugleich zur Vermeidung eines für die Genesung kostbaren Zeitverlustes, wie auch zur grössern Gewähr gegen die Aufnahme und Festhaltung von Nicht-Irren und zur Aufhebung der verpflichteten Kuratel nothwendig.

Obgleich die früheren Inspectoren sich nicht durch ihre Inspectionen zu bedeutenden Bemerkungen veranlasst glaubten, erhoben sie jedoch laute Klagen über die Uebervölkerung der meisten Anstalten, was die Handhabung der guten Zucht und Ordnung erschwerte und zum Anwenden von Zwangsmitteln nöthigte, die man sonst hätte entbehren können.

Im Zeitraum, den der Bericht umfasst, wurden in den Anstalten 20 Personen (11 Männer und 9 Frauen) als nicht geisteskrank befunden und entlassen und zwar: 13 in Amsterdam, 3 in Maastricht, je 1 in Delft, Rosmalin, Herzogenbusch und Rotterdam.

Nach einer Uebersicht der Einrichtung der Reichsirrenanstalt unter Leitung von Dr. *van Andel* und einer Uebersicht der Anstaltverwaltungen verweilen Dr. *Ruysch* und Dr. *van Andel* wie ihre Vorgänger längere Zeit bei der Statistik betreffs des Zahlverhältnisses der Wärter zu den Patienten als einem der Hauptpunkte für die Behandlung der Geisteskranken in den Anstalten.

Schon ihren Vorgängern, Dr. *Ramaer* und Dr. *van Cappelle* war es, laut deren Berichte bei der Vergleichung der eingezogenen Ziffern nebst Tabellen über frühere Jahre, einleuchtend, dass die Anzahl der Kranken am Ende des Jahres 1881 sich zu der der Wärter im Allgemeinen ungünstiger vertheilt als im Jahre 1877.

Im Abschnitt: „Terrain und Gebäude" wird überall hingewiesen auf den geringen Nachhall, welchen die Avise der Inspectoren bei den Verwaltungen fanden, hinsichtlich der Errichtung ländlicher, mit allen Hülfsmitteln des Ackerbaues versehenen Anstalten als Succursalen.

Mit Anerkennung wird der Ankauf des Landgutes Brinkgreve durch die Verwaltung der Deventer Anstalt erwähnt, wo 16 Kranke aus erwähnter Anstalt sich mit Feld- und Ackerbau beschäftigen können, was muthmaasslich ihre Heilung befördern wird. Innerhalb der Gebäude wurden

Digitized by Google

viele Verbesserungen angebracht und deutlich ergibt sich, dass solches durch die Nothwendigkeit geboten. So finden wir z. B. verzeichnet, die Anzahl der unruhigen Frauen in einer Anstalt war so gross und der Raum für ihren Aufenthalt über Tag so klein, dass ein Saal hinzugefügt werden musste, damit den Patienten über Tag ein Raum von 7,3 cbm per Kopf zukäme, wogegen der frühere Raum nicht einmal 1,6 cbm betrug.

Die Trennung der Geschlechter liess in den verschiedenen Anstalten zu wünschen übrig, wie auch die Vertheilung der Patienten auf die verschiedenen Abtheilungen. In einigen Anstalten ergriff man Maassregeln zur Verbesserung der Werkstätten, so in Meerenberg; in anderen zu der Zelleneinrichtung und zur Herstellung von Einzelzimmern, wie auch zur Abschaffung der veralteten Gitterbetten.

In einigen Anstalten wurden die Badeeinrichtungen verbessert und andere Vorkehrungen getroffen zur Verbesserung der Erwärmung des Bettzeuges, der Nahrung u. s. w. Was die Nahrung betrifft, werden von einigen Anstalten sehr ausführliche Verzeichnisse beigegeben.

Trotz der fortwährend zunehmenden Ueberfüllung in fast allen Anstalten wurde in den drei Jahren, die der Bericht umfasst, die Anzahl der Aerzte in keiner einzigen Anstalt vermehrt, was jedoch seit der Einführung des neuen Gesetzes in steter Zunahme begriffen ist.

Ungerne vermissen die Inspektoren in den Berichten von einzelnen Anstalten die Angabe der intercurrirenden Krankheitsfälle.

An Fieberkrankheiten starben $^{7}/_{1000}$, an Muskel- und Nervenkrankheiten $^{274}/_{1000}$, an Herz- und Gefässkrankheiten $^{422}/_{1000}$, Respirationsorganen $^{116}/_{1000}$, Verdauungsorganen $^{67}/_{1000}$, Urogenital-System $^{17}/_{1000}$, an allgemeinen Krankheiten $^{480}/_{1000}$, durch Selbstmord 8.

Hinsichtlich der Erkrankungsursachen werden mehrere Einzelheiten mitgetheilt, denen wir folgendes Verzeichniss entnehmen:

Erkrankungsursachen	Aufgenommene					
	Männer		Weiber		Total	
	1878—81	1882—84	1878—81	1882—84	1878—81	1882—84
Acute Krankheiten	4	6,6	7	8,5	5,5	7,6
Chronische Krankheiten	26,8	24,8	23,6	21,7	25,2	23,3
Erblichkeit	19,8	24,4	22	25,9	20,9	25,2
Klimakterium	—	—	5,5	4,9	2,7	2,4
Excesse in Venere	4,8	4	3,2	3,2	4	3,6
Alkoholmissbrauch	14,8	12,4	2,1	1,6	8,5	7
Kummer	2,3	1,6	2,3	4,2	2,3	2,9
Irresein der Greise	3,4	3	6,1	5,2	4,7	4,1
Geistige Ueberanstrengung	3,1	3,2	1,1	0,6	2,1	1,9
Religiöse Schwärmerei	5,7	4,3	7,5	5,2	6,6	4,7
Aerger	10,1	11,4	11,2	13,3	10,7	12,3
Schreck, Angst, Gram	5,2	4,3	8,4	5,7	6,8	5
	100	100	100	100	100	100

Digitized by Google

Die Inspectoren vergleichen diese Ziffern mit einigen Angaben aus der Statistik von England und Wales, welche in den Jahren 1879—1888 folgende Ziffern angibt über das procentige Verhältniss dieser Ursachen des Irrseins:

	1879—1888		
Erkrankungsursachen	Männer	Weiber	Total
Erblichkeit	19,2	22,5	20,9
Alkoholmissbrauch	19,7	7,1	13,4
Irrsein der Greise	4,0	4,7	4,3
Geistige Ueberanstrengung	0,6	0,3	0,5
Religiöse Schwärmerei	2,5	3,0	2,7

und fahren dann fort:

„Es ist auffallend, dass die Verhältnisse in den beiden Ländern, was Erblichkeit und Alkoholmissbrauch betrifft, nicht so sehr differiren, besonders in der Erblichkeit, (mit Ausnahme des einigermassen viel grössern Unterschiedes des procentischen Verhaltens des Alkohols als Krankheitsursache zum Nachtheile der englischen Frauen). Die statistischen Angaben über religiöse Schwärmerei als Ursache bei den beiden Völkern laufen zum Nachtheile Hollands sehr auseinander. Schon im vorigen Berichte wurde auf die Wichtigkeit dieser Thatsache hingewiesen, indem es dem aufmerksamen Leser nicht entgehen wird, dass, obgleich die Einrichtung dieses Abschnittes der Statistik über die Irrseinsursachen erst aus dem Jahre 1878 herrührt, so dass die richtige Folgerung im vorigen Berichte uns im Stiche liess, jetzt eine gewisse Uebereinstimmung zwischen den hier angegebenen Ziffern und den vorigen in die Augen springt."

Eine sehr merkwürdige Uebereinstimmung ergibt sich weiter aus einer Vergleichung der englischen und niederländischen statistischen Dokumente über das procentige Verhältniss derer, deren Irrsein einem hohen Alter zugeschrieben wird. In der englischen Statistik betrug dasselbe 4,3 pCt., in Holland 4,7 à 4,1 also durchschnittlich 4,4.

Bei der Besprechung der Behandlung u. a. verweilt der Bericht bei der Anwendung der Elektricität 1884 in Dordrecht und werden wichtige Beobachtungen von den Drn. *van Andel*, *van Persyn*, *Cowan*, *Pompe*, *Wellenbergh* und Andern mitgetheilt.

Dem religiösen Bedürfniss der Kranken widmen die Inspectoren ihre besondere Aufmerksamkeit.

Im Gegensatz zu dem im vorigen Berichte wahrgenommenen wird jetzt auf die erfreuliche Zunahme des Kirchenbesuches hingewiesen. Steht diese Zunahme noch nicht im Verhältniss zur totalen Zunahme der Patientenanzahl, welche, wie sich aus den im Berichte vorkommenden Tabellen ergibt, im Zeitraum 1882—1884 319 beträgt, so ist doch ein Wachsen des Verhältnisses von 0,39 zu 0,40 jedenfalls lobenswerth und wichtig genug, dass man die Aufmerksamkeit darauf lenke.

Digitized by Google

Wie früher, gab man auch jetzt in einigen Anstalt einzelnen Patienten, deren Zustand solches erlaubte, die Gelegenheit, dem Gottesdienste ausserhalb der Anstalten beizuwohnen.

In mehreren Anstalten wurde mit gutem Erfolge den Patienten Unterricht ertheilt und wird hierbei besonders auf die Anstalt Meerenberg hingewiesen, wo demselben eine besondere Sorge gewidmet wurde. Die Anzahl der unter einander an Alter und Bildung sehr verschiedenen Schulbesucher betrug im Durchschnittt vormittags 18, nachmittags 12 bis 15.

An den Abenden von Januar bis Ende März und October bis Ende December wurden Gesangsübungen in der Schule vorgenommen, am Montag für die Männer, am Donnerstag für die Frauen. An zwei anderen Abenden wurde zur Abwechslung in den verschiedenen Klassen irgend eine Begebenheit aus der niederländischen oder der allgemeinen Geschichte erzählt und den Männern die Gelegenheit eröffnet, ihre Meinung darüber zu äussern. Diese Zusammenkünfte wurden sehr geschätzt. Die Schulordnung liess nichts zu wünschen übrig, namentlich wird vom Director *Persyn* das gute Verhältniss zwischen Schülern und Lehrern sehr gerühmt.

Auch in der Utrechter Anstalt bekamen circa 64 männliche Patienten an zwei Wochenabenden Unterricht; im Jahre 1883 wurden etwa 12 weibliche Patienten zugelassen, die sich dafür sehr dankbar erwiesen. 1884 fasste man den Entschluss, das Schullokal nach der Kirche zu verlegen.

Für den anschaulichen Unterricht führte man 1884 mit gutem Erfolge Schulkarten nebst hinzugehörenden Erklärungen ein.

In den verschiedenen Anstalten wurde besonders der Beschäftigung die grösste Pflege gewidmet, was die besten Resultate zur Folge hatte.

Ein erfreuliches Resultat machte sich auch hinsichtlich der verschiedenen Arten von Beschäftigung bemerkbar, besonders in einigen städtischen Anstalten. Hier ist es von grosser Wichtigkeit die Patienten, denen die Gelegenheit ausserhalb der Anstalt zu arbeiten versagt ist, vor Müssiggang zu schützen, z. B. durch das Aussuchen von Kaffeebohnen oder Erbsen.

Vor allen wurde der Erholung viele Sorge gewidmet und an mehreren Orten wirkten allerlei Vereine dazu mit, den Patienten durch Musik, Theateraufführungen u. s. w. heilsame Zerstreuung zu gewähren, am Sylvesterabend, an Geburtstagen der Aerzte u. s. w. An kleinen Feierlichkeiten im geselligen Kreise nahmen Verwaltungsmitglieder und Aerzte in anerkennungswerther Weise Theil.

Was die Anwendung von Zwangsmitteln angeht, so ist das nonrestraint System in mehreren Anstalten vollkommen oder nahezu vollkommen durchgeführt, wie in Meerenberg, Medenblik, Dordrecht, Utrecht, Franeker und Zütphen.

Besonders wichtig sind die statistischen Angaben über die Bevölkerung in den verschiedenen Anstalten während der Jahre 1882, 1883 und 1884.

Digitized by Google

Am 1. Januar 1882 zählten die sämmtlichen Anstalten 2138 Männer, 2320 Frauen, total 4458; von diesem Tage bis 31. Dezember 1884 wurden aufgenommen 1621 Männer, 1608 Frauen, total 3229, in jenem Zeitraum verpflegt 3759 M., 3928 Fr., total 7687; es starben 677 M., 645 Fr., total 1322, als nicht geheilt wurden entlassen 209 M., 189 Fr., total 398; als geheilt wurden entlassen 536 M., 660 Fr., total 1196; es verliessen also 1422 M. und 1494 Fr., total 2916, die Anstalten und waren demgemäss am 1. Januar 1885 anwesend 2337 M. und 2434 Fr., total 4771.

Von diesen 4771 Patienten befanden sich in:

	Männer	Weiber	Total
's Herzogenbusch	277	316	593
Rosmalen	291	302	593
Zütphen	252	231	483
's Gravenhage	81	109	190
Rotterdam	88	140	228
Dordrecht	114	97	211
Delft	158	159	317
Medemblik	82	37	119
Bloemendaal	448	471	919
Amsterdam	56	91	147
Utrecht	214	202	416
Franeker	107	120	227
Deventer	126	124	250
Mastricht	43	35	78
	2337	2434	4771

Die Anzahl der Verpflegten nahm also in drei Jahren mit 199 M. und 114 Fr., zusammen 313 zu. Durchschnittlich wurden in den betreffenden drei Jahren jährlich aufgenommen: 540 M., 536 Fr., total 1076; gestorben 225 M., 215 Fr., total 440; nicht geheilt entlassen 70 M., 63 Fr., total 133; geheilt entlassen 179 M., 220 Fr., total 399.

Der Durchschnittszahl von 1076 Aufgenommenen steht eine Zahl von 972 Entlassenen gegenüber, so dass die Anzahl der Patienten in sämmtlichen Anstalten im Durchschnitt jährlich zunahm mit 1076—972 = 104, d. h. mit 3 mehr als die durchschnittliche jährliche Zunahme in den Jahren 1878 bis Ende 1881.

Es würde uns zu weit führen hervorzuheben, wie die Zahlen der Aufgenommenen, geheilten, nicht geheilt entlassenen und durch Tod abgegangenen Patienten im Verhältniss stehen; wir müssen darüber auf das Original verweisen.

Es sei nur noch die ausführliche Statistik und Recapitulation der Irrenanzahl in den verschiedenen Provinzen betreffs des Mangels an Gelegenheit zur Krankenpflege erwähnt, wozu nach den Gesetzen den provinziellen Verwaltungen die Pflicht obliegt, die nöthige Sorge zu tragen.

Digitized by Google

Aus den Tabellen ergibt sich, dass die Rangordnung der Provinzen im Verhältniss der in den Irrenanstalten verpflegten Geisteskranken zur Bevölkerung in den betreffenden Jahren folgende war:

1882 auf 10000 Einw.		1883 auf 10000 Einw.		1884 auf 10000 Einw.	
Utrecht	17,3	Utrecht	17	Utrecht	17,1
N. Holland	14,4	Limburg	14,6	Limburg	14
Limburg	14,2	N. Holland	14,1	N. Holland	13,8
N. Brabant	11,7	N. Brabant	11,6	N. Brabant	12,7
Gelderland	11,4	Gelderland	11,5	Gelderland	11,6
S. Holland	10,7	S. Holland	11,1	S. Holland	10,9
Drente	7,8	Drente	8,2	Friesland	7,9
Overysel	7,5	Friesland	7,6	Groningen	7,6
Friesland	7,4	Overysel	7,4	Overysel	7,5
Groningen	6,9	Groningen	7,1	Zeeland	6,3
Zeeland	5,7	Zeeland	6,5	Drente	6,2

Auch in diesem Zeitraum streiten die Provinzen Utrecht, Limburg und Nord-Holland um den Vorrang. Die Provinz Utrecht liefert in allen den drei Jahren die meisten Patienten im Verhältniss zur Bevölkerung der Irrenanstalten. Es folgen Nord-Brabant, Gelderland und Süd-Holland, indem Zeeland 1882 und 1883, Drente 1884 am Ende der Reihe zu stehen kommen und Groningen, Friesland und Overysel untereinander abwechseln.

Die Anzahl der nach Angabe der provinziellen Behörden, bei der Bürgermeisterei bekannten, jedoch nicht in einer Anstalt verpflegten Geisteskranken betrug 1884 in Nord-Brabant 320, in Gelderland 320, in Süd-Holland 223, in Nord-Holland 72, in Zeeland 139, in Utrecht 68, in Friesland 202, in Overysel 72, in Groningen 122, in Drente 63, in Limburg 177, total 1778.

Wichtige Ziffern geben Auskunft über die Dauer des Irrseins vor der Aufnahme, indem ebenfalls eine ausführliche Uebersicht beigelegt wird über die Irrseinsformen im Zusammenhang mit Alter, genossenem Unterricht und Ursachen der Krankheiten, die dem Irrsein vorangingen.

Weiter wird Bericht abgestattet über die Idiotenanstalt im Haag und werden ununterbrochen Tabellen beigegeben über die Resultate der Verpflegung sämmtlicher vor 1884 in jedem der Jahre 1844—84 in die Anstalten aufgenommenen Patienten.

Dem Berichte sind weiter mehrere Beilagen hinzugefügt, nebst wohlgelungenen Zeichnungen und Abbildungen der Reichsirrenanstalt in Medemblik und ergibt sich nach Durchlesung mehr und mehr, dass der breitausgearbeitete Bericht über die Verpflegung der niederländischen Geisteskranken der allgemeinen Aufmerksamkeit auf's Wärmste empfohlen werden darf.

Digitized by Google

Baker, Robert, **Retreat Centenary (President. Address). — J. of Ment. Sc. Oct.**

B. bespricht einige Veränderungen, die unter seiner Direction im Retreat stattfanden. Durch Erbauung einzelner Villen wurde für manche Pat. heilsamere Umgebung geschaffen. Besonderen Nachdruck legt *B.* auf die Individualisirung in der Auswahl der Beschäftigung für jeden Kranken, denn „selig der Mann, der ein Steckenpferd hat!"

Hack Tuke, **Retrospective Glance at the Early Hist. of the Retreat, York. — J. of Ment. Sc. July.**

T. schildert eingehend die Gründe und die Umstände, die zur Gründung des Retreat führten, und die Behandlung daselbst während der ersten Jahre. Bemerkenswerth ist, dass schon damals auf Beschäftigung, auch Ackerbau Werth gelegt wurde. Sodann wird ausführlich der Einfluss erörtert, den das Retreat auf die andren Anstalten Englands und des Auslandes übte. Beigegeben ist eine Abbildung der Anstalt aus der ersten Zeit.

15. Ann. Rep. of the Northampton C. Lun. As. at Berry Wood for 1891.

Am 31. December war der Bestand: 327 M. 426 W.; aufgenommen wurden 154 M. 126 W., entlassen 42 M. 59 W., es starben 51 M. 30 W.: Bestand am 31. Dec. 1891: 388 M. 463 W. Unter den Entlassenen befanden sich 39,4 pCt. Genesene.

Der ärztliche Bericht (Dr. *Greene*) führt eine Reihe von Missständen aus, die das neue englische Irrengesetz zur Folge habe, namentlich das riesige, völlig nutzlose Schreibwerk. Im Bericht der Commissioners ist ein merkwürdiger Selbstmord erwähnt: der Kranke zwängte sich sein wollenes Hemd theilweis bis in den Kehlkopf.

21. Ann. Rep. of the Man. of the Buffalo State Hosp. for the Y. 1891.

Bestand am 30. September 1890: 236 M. 229 W.; aufgenommen 236 M. 203 W.; Abgang 174 M. 145 W., darunter genesen 66 M. 63 W., gestorben 48 M. 22 W.; Bestand am 30. Sept. 1891: 298 M. 287 W. Die Aufnahmen wurden so hoch, weil das neue Gesetz des Staates N. Y., welches die Pflege der Geisteskranken den Bezirken nimmt und dem Staate zuweist, den Staatsanstalten eine Menge von Pfleglingen aus Bezirkssiechenhäusern zuführte. Eine Betrachtung des Directors *Andrews* über die Erblichkeit führt zu dem Resultat, dass der Einfluss derselben auf die Erzeugung von Psychosen im Allgemeinen überschätzt werde. Wohl sei ein erblich Belasteter in grösserer Gefahr, unter gleichen Umständen zu erkranken, wie Jemand, dessen Vorfahren gesund waren, aber es gehören immer noch andre Momente

Digitized by Google

dazu, und diese können vermieden werden durch richtige Erziehung und Lebensführung. Verf. lässt als belastend nur directe Erblichkeit zu und auch diese nur dann, wenn die Erkrankung des Vorfahren nicht erst nach der Erzeugung des Nachkommen auftrat.

75. Rep. Friends As. f. the Ins. Philadelphia, 1892. 8°. 28 pp. (Super. Dr. *Jos. C. Hall.*)

Bestand im März 1891: 51 M. 63 W. Aufgenommen 26 M. 23 W., entlassen 26 M. 24 W., gestorben 4 M.; Bestand im März 1892: 47 M. 62 W. Die Influenza befiel wenige Kranke, dagegen viele Angestellte. Wohlthuende Beschäftigung boten u. A. Turnunterricht und Mal- oder Modellirstunden. — Hervorzuheben sind die schönen Abbildungen einzelner Theile der Anstalt.

Ann. Rep. of the Departement f. th. Ins. of the Pensylvania Hosp. For the y. ending 4th month 20th, 1892.

Bestand am 22. April 1891: 182 M. 245 W.; aufgenommen 97 M. 75 W., Abgang 77 M. 82 W., davon geheilt 20 M. 30 W., gestorben 19 M. 19 W.; Bestand am 22. April 1892: 202 M. 238 W. Die Influenzaepidemie im December machte 26 pCt. der Kranken und Angestellten bettlägerig. — Director *Chapin* warnt davor, in Pennsylvanien den Spruch einer Jury für die Anstaltsaufnahme nothwendig zu machen, wie dies seit 1867 in Illinois gesetzliche Bestimmung ist. Seitdem sind dort etwa 234000 Geschworene hierin thätig gewesen, und die Kosten allein hierfür betrugen 712000 Dollars. Wie wenig diese Maassnahme widerrechtliche Freiheitsberaubung ausschliesst, zeige der Umstand, dass daselbst in 10 Jahren 19 Personen in einer Anstalt von den Anstaltsärzten gesund befunden und entlassen wurden. — Die poliklinischen Sprechstunden — für Arme umsonst, — die seitens der Anstalt 2mal wöchentlich in der Stadt eingerichtet sind, wurden mehr besucht. — Es folgen die üblichen statistischen Tabellen und zum Schluss die Aufnahmebedingungen. — Der Bericht ist mit zahlreichen Abbildungen der Anstalt geschmückt, die ein freundliches Bild der Krankenräume und Gärten geben, nur scheint auf den Corridoren theilweis Mangel an Fenstern zu herrschen und genügendes Licht nur bei geöffneten Thüren hineinzufallen.

Report of the Eastern Michigan Asylum at Pontiac for the biennial period ending June 30. 1892. 8°. 154 pp. (Dir. Dr. *B. Burr.*)

Bestand 1. Juli 1890 990 (518 M. 472 F.), aufgenommen bis 30. Juni 1891 258 (151 M. 107 F.), zeitweise abwesend 2 (1 M. 1 F.), entlassen geheilt 48 (26 M. 22 F.), gebessert 114 (63 M. 51 F.), ungeheilt 69 (39 M. 30 F.), gestorben 63 (34 M. 29 F.), nicht irre 1 M., blieben 1891 955 (507 M. 448 F.). Aufgenommen bis 30. Juni 1892 246 (127 M. 119 F.), entlassen

Digitized by Google

geheilt 36 (25 M. 11 F.), gebessert 124 (65 M. 59 F.), ungeheilt 72 (47 M. 25 F.), gestorben 76 (48 M. 28 F.), blieben 893 (449 M. 444 F.). Seit Eröffnung der Anstalt (1878) aufgenommen 3478, davon geheilt 628, gestorben 625. Zahlreiche Krankheits- und Sectionsberichte. Mehrmals Laparotomie und Castration, ebenso Trepanation wegen Melancholie in 3 Fällen und 1 Fall bei Epilepsie. Von Eröffnung der Anstalt wurden behandelt an Dem. mit Paralyse 46 (31 M. 15 F.), an paretischer Dem. 277 (238 M. 39 F.). Für das Wartpersonal wurde eine Schule eingerichtet, in der es in Anatomie, Physiologie, Neuropathologie, Gynäkologie, Mikroskopie, Hygiene, Psychiatrik unterrichtet wurde. Feuer in der Anstalt richtete einen Schaden von 45473 D. an. Neue Cottages errichtet. Ausgaben vom Juli 1891 bis Juli 1892 234841 D. Mehrere Illustrationen, namentlich der durch das Feuer betroffenen Gebäude.

18. Bericht des Brandenburgischen Hilfsvereins für Geisteskranke zu Eberswalde über 1891/92. 8°. 27 S.

195 Mitglieder. Bestand der Kasse 23691 M., Beiträge 1616 M., Gabe 10 M., Zinsen 920 M. Ausgaben: Gelduntersttzung 1520 M. — Aufnahme-Bestimmungen in die Anstalten. Fragebogen. Liste der Mitglieder.

Bericht der Unterstützungskasse der Hessischen Landesirrenanstalten für 1891/92. 8°. 24 S.

20607 Geber. Pfennigbeiträge eingeführt, 472 Vertrauensmänner in 643 Ortschaften. Dringende Aufforderung an dieselben, für ein gutes Wartpersonal mitsorgen zu helfen. Für Unterstützung ausgegeben 13991 M. Kurzer aber warmer und die Zwecke des Vereins klar auseinandersetzender Aufsatz.

Bericht über den Hülfsverein für Geisteskranke in Sachsen-Meiningen 1892. 8°. 30 S.

Einnahmen 1792 M., Ausgaben 190 M. 8 Personen unterstützt, näherer Nachweis derselben. Vortrag von Dir. Dr. *Mayser*: Wie sind Geisteskrankheiten zu behandeln? Wodurch sind wir im Stande, Geisteskrankheiten am besten zu verhüten? In welcher Weise behandelt man bereits bestehende Seelenstörungen am zweckmässigsten?

16. Bericht des Züricher Hülfsvereins für Geisteskranke über 1891. 8°. 42 S.

Revidirte Statuten vom 18. October 1880. Bericht über die Leistungen. 34 Personen wurden unterstützt. Einnahmen 46992 Frcs., Ausgabe 4824 Frcs. Vermögen 36167 Frcs. Prof. *Forel*, Ueber jugendliche Geisteskranke, ein klärender und daher sehr lehrreicher Vortrag.

Digitized by Google

23.—25. Bericht des St. Gallischen Hülfsvereins für Gemüthskranke über 1889, 1890 und 1891. 8°. 95 S.

Der Bericht beginnt mit einem Vortrage Dr. *Laufer*'s über Epilepsie, der Eröffnungsrede desselben, den Jahresberichten von 1889, 1890 und 1891 nebst einem Rückblicke, wonach 1891 das Comité zehn Sitzungen hielt, an 17 Patienten 1515 Frcs., an Bromkalium für 343 Frcs. vertheilt wurden. Gründung, Zweck und Aufgabe des Hülfsvereins, Organisation desselben, Thätigkeit (an Unterstützung seit Gründung des Vereins 1866 58299 Frcs., seit 1881 für Bromkalium 5141 Frcs.). 1891 Einnahmen 16565 Frcs., Ausgaben 11633 Frcs. Liste der Mitglieder.

---

12. Statistik. Ref.: Tigges-Düsseldorf.

Der 46. Bericht des Commissioners in Lunacy. Juni 1892 (The Journal of ment. science, 1892 Oct.).

Die Commissioners sprechen von der zufriedenstellenden Lage und guten Verwaltung der Asyle (in England) im Allgemeinen. Doch kehren die alten Klagen über Ueberfüllung und sanitäre Mängel in einigen der Grafschafts- und städtischen Anstalten wieder. 30 von den 67 dieser Asyle waren überfüllt. Sanitäre Mängel scheinen Fälle von Diarrhoe, Dysenterie, Typhus und Erysipelas veranlasst zu haben.

In Grafschafts- und städtischen Asylen kamen 8 Selbstmorde vor, weniger als in den vorhergehenden Jahren, ausserdem 30 andere Unglücks-Todesfälle. 8 starben an gebrochenen Rippen, 5 an Erstickung, 5 Epileptische starben an Erstickung, 2 ertranken, 1 Paralytiker starb an Selbstverstümmelung, indem er sich die Hoden ausgerissen hatten, 1 starb nach Blasenruptur in Folge heftiger äusserer Verletzung, 1 Epileptiker brach das Genick beim Herausfallen aus dem Bett, 1 starb an Herzkrankheit (wahrscheinlich an Selbstmord), 1 an zufällig erworbenen Brandwunden, 1 an Peritonitis in Folge Ruptur der Dünndärme, indem er sich einen schweren Tisch auf den Bauch gezogen hatte bei einer Balgerei mit einem Wärter, 1 starb durch Verbrühung mit heissem Wasser wegen schlechter Einrichtung des Wasserhahnes im Badezimmer, 1 starb an Leberabscess, verursacht durch eine Nadel, die er sich eingestochen hatte, 1 Epileptiker starb nach Hinterhauptsbruch durch einen Fall in einem Anfalle.

Obgleich die neue Gesetzgebung den Grafschafts- und städtischen Asylen die Erlaubniss gegeben hat, besondere Einrichtungen für Privatkranke zu treffen, wird hiervon wenig Gebrauch gemacht, da es die Natur

Digitized by Google

einer Geldspeculation habe. Nur die Grafschaft von London ist vorgegangen. Einrichtungen für die Mittelklassen sind daher nicht ausreichend. Auch die Hospitäler, welche von Haus aus für diese, die über den Armen stehen, gegründet sind, haben keinen Zuwachs erfahren. Es bestehen deren 18, darunter 3 für Idioten. Sammlungen und Vermächtnisse für sie finden nicht mehr statt. Wenige Privatanstalten stehen dieser Klasse offen, und hier sind sie meist mit Armen zusammen.

Nach der folgenden Tabelle wurden am 1. Januar 1892 87848 Geisteskranke in England verpflegt (39630 M. 48218 F.). Darunter waren 8273 Privatkranke, 78838 Arme und 737 verbrecherische Irre. Die Privatkranken finden sich in den Zeilen 1, 2, 3, 4, 5, 9, die Armen in 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10. Von geisteskranken Verbrechern waren 639 in Broadmoor, 92 in 1, und je 3 in 2 und 4.

Am 1. Januar 1892 fanden sich Geisteskranke in

1.	Grafschafts- und städtischen Asylen	55509
2.	Eingeschriebenen Hospitälern	3764
	Licensedhouses (Privatanstalten)	
3.	Hauptstädtischen Lic.-h.	2586
4.	Provinziellen Lic.-h.	2043
5.	Marine- und Militär-Hospitälern	256
6.	Broadmoor	639
	Arbeitshäusern	
7.	Gewöhnlichen Arbeitshäusern	10959
8.	Hauptstädtischen Districtsasylen	5939
9.	Privat-Einzel-Kranke	447
10.	Out-door Paupers (ausser den Anstalten verpflegte Arme)	5706
	Sa.	87848.

Die Zahl der Kranken in Einzelpflege bleibt sich seit 6 Jahren ziemlich gleich. Doch scheint auf Seite des Comités die Neigung vorzuliegen, die Einzelpflege der Anstaltspflege vorzuziehen, da die Zahl der unter Einzelpflege Gestellten von 120 im Jahre 1888 auf 150 im Jahre 1891 gestiegen ist.

Bei den Kranken in Arbeitshäusern wird erwähnt, dass durch die Gesetzgebung von 1891, welche ein Zusatz zum Irrengesetz von 1890 ist, die Jurisdiction des amtlichen Richters, welcher die Aufnahme eines Privatkranken anordnet, erweitert, und dass er ermächtigt ist, den Antrag einem andern amtlichen Richter zu übertragen. Wenn die Verfügung durch einen nicht amtlichen Richter erlassen ist, so wird sie gültig, wenn sie in 14 Tagen durch einen amtlichen Richter gebilligt wird. — Privatkranke in Hospitälern und Privatanstalten, welche arm werden, können auf Anordnung des Richters in ein Institut für arme Kranke versetzt werden, indem die Kosten der Versetzung durch die verpflichtete Behörde zu tragen sind.

Digitized by Google

Die Gesammtzahl der Geisteskranken hatte gegen das vorige Jahr um 1053 Kranke zugenommen, in 10 Jahren um 9320.

Im Vergleich mit der allgemeinen Bevölkerungszahl, welche durch die Volkszählungen 1882 und 1992 ermittelt ist, kamen von dem Bestande der Geisteskranken auf 10000 Einw. 1882 28,34; 1892 29,38. Dies Verhältniss schwankte in den 10 Jahren auf und ab. Für die ganze Dekade war der Durchschnitt 29,41, für die vorhergehende 27,10.

Die Zahl der Aufnahmen in Asyle etc. und in Einzelpflege auf 10000 Einwohner betrug im letzten Jahr 5,74, im vorhergehenden 5,63.

Die Frage der Zunahme der Geisteskranken wird etwas eingehender besprochen. Die Ziffer für den Bestand resultirt aus der Anhäufung einer gewissen Zahl von Unheilbaren in den Asylen etc., „deren Lebensdauer nahe heranreicht an die der Gesunden der betreffenden Altersklasse“ (die „ “ Schlussfolgerung ist nicht richtig, siehe unten. Ref.). Die Aufnahmen ferner sind in den letzten Jahren angeschwollen durch eine beträchtliche Zahl von Kranken aus Arbeitshäusern (Imbecillen und Geistesschwachen), welche vorher hier nicht als Geisteskranke betrachtet wurden. Nach früheren Berichten ist die Verhältnisszahl der Geisteskranken, wenn man Rücksicht nimmt auf die wachsende Bevölkerung, trotz zeitweisen Fluctuationen, offenbar constant. Nur in den letzten 2 Jahren liegt eine Zunahme vor, und diese erklärt sich durch die Anregung zur officiellen Feststellung durch die neue Irrengesetzgebung. Eine leichte Abnahme mag in einigen Jahren eintreten, wenn die Neuheit der Verfügung abgenommen hat, und die Kenntniss ihres Gebrauchs weniger lebendig ist. Um einen genauen Ausdruck für dies Verhältniss der Geisteskranken zur Bevölkerung zu haben, muss man die Versetzungen, Rückfälle und Wiederaufnahmen (während des Jahres) fortlassen und nur 1. Anfälle berücksichtigen. So berechnet ergaben sich nach *Tuke* von 1881—90 3,37 Aufnahmen auf 10000 Einwohner, von 1881—85 3,29, von 1886—90 3,46, von 1878—87 3,32.

Die Procentzahl der geisteskranken Armen von allen Armen ist gestiegen von 9,98 im vorhergehenden Jahr auf 10,35 im letzten, aber die Gesammtzahl der Armen hat in derselben Zeit von 2,68 auf 2,59 abgenommen. Dies ist nach dem Bericht ein weiterer Beweis dafür, dass das Anwachsen der Zahl der festgestellten Geisteskranken nicht einer grossen Zunahme der Geisteskrankheiten in der Bevölkerung zuzuschreiben ist.

In den 10 Jahren 1882—91 wurden durchschnittlich jährlich aufgenommen 14859. — Die Schwierigkeiten, die durch das Irrengesetz hervorgerufen wurden, zeigten sich durch die Nothwendigkeit neuer Aufnahme-Verfügungen nach Erlöschen bestehender. Dies fand in 353 Fällen statt.

Die Zahl der genesen Entlassenen betrug 6846. Aus den Idiotenanstalten fanden in den letzten 3 Jahren keine Genesungen statt. Andere Entlassungen als nach Genesung und erloschener Aufnahme-Verfügung betrugen 4473.

Digitized by Google

Die Todesfälle betrugen 6484, im Durchschnitt der letzten 10 Jahre jährlich 5671. — Die Procentzahl der Genesungen von den Aufnahmen betrug 41,04, im Durchschnitt der letzten 10 Jahre 39,87. In Broadmoor waren diese Zahlen 33,33 und 13,67, bei den Privateinzelkranken 13,33 und 14,15.

Die Sterblichkeitsziffer berechnet zum durchschnittlichen Bestande 1891 betrug 10,02, die zum Bestande am 31. December 1890 10,20 pCt., also nicht viel abweichend. Zu dem letzteren ist nun eine Berechnung der Sterblichkeit auf den einzelnen Altersstufen gemacht und diese verglichen mit der Sterblichkeit der Altersstufen der allgemeinen Bevölkerung. Darnach war auf den einzelnen Altersstufen verglichen mit der Bevölkerung, die Sterblichkeit der Geisteskranken grösser.

Von	5—9	Jahren	10,7 mal
-	10—14	-	16,7 -
-	15—19	-	12,5 -
-	20—24	-	11,0 -
-	25—34	-	10,2 -
-	35—44	-	6,9 -
-	45—54	-	4,7 -
-	55—64	-	3,3 -
-	65—74	-	2,7 -
-	75—84	-	2,5 -
	über 85	-	1,9 -
Sa. aller Altersstufen			5,2 mal.

Nach dieser Tabelle nimmt die Sterblichkeit der Geisteskranken auf den ältern Altersstufen verglichen mit der der Bevölkerung namhaft ab. Daraus wird gefolgert die Anhäufung von an Jahren älteren Fällen in den Asylen, und in gewissem Maasse das anscheinende Anwachsen der vorhandenen Geisteskranken. Das Erstere ist richtig, indem die vorhandenen Altersstufen des Bestandes später fallen, als die der Erkrankung. Das Zweite, dass dadurch die Zahl der Geisteskranken im Verhältniss zur Bevölkerung anscheinend zunehme, ist, wenigstens so weit dies aus statistischen Gründen geschehen soll, nicht richtig. Die einzelnen Altersstufen der Geisteskranken bilden mit ihrer Sterblichkeitsziffer eine Mittelzahl, die Sterblichkeit aller Geisteskranken, welche bei constanten Verhältnissen in frühern und spätern Jahrgängen dieselbe bleibt und mit der ebenso constanten Sterblichkeitsziffer der Bevölkerung in einem festen Verhältnisse steht. Daraus folgt auch die feste Verhältnisszahl der lebenden Geisteskranken zur lebenden Bevölkerung bei constanten Verhältnissen. — Es findet sich noch die Bemerkung, dass von 243 freiwilligen Aufnahmen (boarders) 66 = 27,1 pCt. als geisteskrank und ungeeignet, als freiwillige Aufnahmen zu gelten, erklärt, und daher als Geisteskranke in derselben Anstalt detinirt oder in andere Anstalten geschickt wurden.

Digitized by Google

14. Bericht der Inspectoren der Geisteskranken in Irland.

Es waren vorhanden Geisteskranke am 1. Januar:

	1890	1891
in Districts-Asylen	11 180	11 488
in Privat-Ansylen	631	621
in C. Asyl Dundrum	176	179
in Arbeitshäusern	4038	3961
in Gefängnisse	1	2
Sa.	16 026	16 251

Unter der letzten Zahl (16 251) waren 8165 M. und 8086 Fr. — Der Bericht beschäftigt sich hauptsächlich mit den Districts-Asylen und hebt mit starken Strichen deren Mängel hervor, gelegentlich mit starker Satyre. Den Grund sucht er hauptsächlich in der zu grossen Centralisation des Irrenwesens in Irland. Er meint, anderswo variiren die Anstalten nach der Eigenthümlichkeit der Verwaltungskörper und besonders der Anstalts-Directoren. In Irland sei von jeher die Centralaufsicht mehr entwickelt und wirksam gewesen. Dadurch sei der Sinn für individuelle Verantwortung in der Verwaltung und bei den Aerzten unterdrückt worden. Die Verwaltung sei ohne Rücksicht auf und die Kenntniss von den individuellen Bedürfnissen der Anstalt geführt worden.

Ein Theil der Schuld falle auf die eigenthümlichen Verhältnisse der irischen Anstalten. Durch diese Umstände haben die Anstalten und ihre Berichte etwas Uniformes.

Fast überall besteht Ueberfüllung. Nur die Anstalt bei Maryborough hatte am 1. Januar 69 Plätze frei, Richmond 268 Kranke zu viel. Mullingar hatte bei einer Normalzahl von 430 Plätzen 606 Kranke. Von den 22 Distrikts-Anstalten waren 12 überfüllt, einige sehr. Die Lokalbehörden sehen dem sehr theilnahmslos zu, sie legen der Centralbehörde die Pflicht der Abhülfe bei. Diese, die „Board of Control" befindet sich in der Lage eines Eigenthümers des Anstaltsbesitzes. In einigen Anstalten ist man damit beschäftigt, eine Erweiterung eintreten zu lassen, in andern sind die Vorstellugen der Inspectoren unwirksam gewesen.

Dann kommt eine Aufzählung der allgemeinen Mängel einer Reihe von Anstalten. Das Asyl zu Carlow hat keine hinreichende Wasserzufuhr, ein defectes und veraltetes Drainirungssystem, ist überfüllt, hat mangelhaften Raum für Küche und Wäsche, theilweise gepflasterte Zellen, mangelhaft möblirte Räume.

Der Board of Governors begünstigt den Plan, mehrfach Arbeitshäuser zu Hülfsasylen einzurichten. Darauf sagen die Inspectors: Diese Einrichtung für harmlose und chronische Geisteskranke ist wohl billiger, als Neubauten. Aber manche der öffentlichen Asyle Irlands sind schlechter eingerichtet, als die Irrenabtheilungen der schottischen und englischen Arbeitshäuser.

Digitized by Google

In Maryborough-Asylum ist kein Speisezimmer, kein Dienst eines Geistlichen, kein Besuchszimmer.

Die Küche und Einrichtungen zum Kochen erscheinen allgemein unangemessen. In Armagh können die Extraspeisen für Kranke nur aus der Küche des Directors geliefert werden. — In Kölkenny ist die Beköstigung unter der der Landbevölkerung der Gegend und unter der in manchen andern irischen Anstalten etc.

Ebenso unzureichend sind die Waschhäuser fast überall, so dass die nöthige Reinlichkeit in Kleidungsstücken nicht erhalten werden kann. So wird aus diesem Grunde in Mullingar nur 1 Betttuch gereicht, in Cork können die Nachts verunreinigten Kleider nicht am folgenden Tage gereinigt werden. — Ebenso unzureichend sind die Vorrathsräume.

In den meisten Anstalten ist die Heizung mangelhaft. Es gibt nur offne Kamine, so dass die Schlaf- und Einzelzimmer ungeheizt bleiben, in denen letzteren unruhige Kranke ganz oder halb nackt während der Nacht auf dem Boden in der Kälte stehen. — In Omagh gibt es mit Ausnahme der zahlenden Kranken auf der weiblichen Seite keine Tischtücher, Teller, Becher, Messer und Gabeln. Die Kranken haben nur zinnerne Geschirre und Löffel etc. Hier waren die Zimmer-Utensilien von galvanisirtem Eisen, die so eine gefährliche Waffe für den Angriff abgaben.

Die gegenwärtigen Inspectoren lehnen die Verantwortlichkeit für die Anstaltsgebäude ab. Der Grund der Mängel liegt an der übermässigen Centralisation und dem Fehlen der localen Controlle. Die meisten neueren irischen Irrenanstaltsbauten, baulichen Veränderungen und Zubauten sind von einem Architekten des Board of Control ausgeführt worden, so dass äussere Uniformität hergestellt ist.

Durch diese Mängel erklärt sich, dass der Zustand der irischen Anstalten in Verwaltung und häuslicher Ordnung vielfach zurück ist. Der fortdauernde Kampf gegen diese baulichen Missstände nimmt die Beamten ganz gefangen und erlöscht den wissenschaftlichen Eifer und das ärztliche Wirken. Ein weiterer Mangel ist die unzureichende Zahl der Assistenzärzte. Diese müssten vermehrt werden und die bisherigen besuchenden Aerzte in Fortfall kommen.

Selbstmorde und andere unglückliche Zufälle waren in dem Jahr nicht häufig. 5 Selbstmorde kamen vor, ferner ein gewaltsamer Tod in Richmond Asyl. Hier wurde ferner eine Kranke geschwängert, wahrscheinlich von einem Kranken. Die Kranke hatte in der Küche gearbeitet, die mangelhaften Räumlichkeiten hatten eine wirksame Aufsicht verhindert. Anderswo riss eine weibliche Kranke eine alte Bauchwunde auf, trieb ein Knäuel Gedärme heraus und genas. 11 Selbstmordversuche werden berichtet und zwölf Knochenbrüche und Verrenkungen. — Eine Reihe von Directoren wird gelobt, besonders das Mullingar Asyl hinsichtlich der Verwaltung durch den Board of Governors, der Thätigkeit der Aerzte und der Matrone.

Digitized by Google

Idiotische und schwachsinnige Kinder. Ein National-Institut für die Erziehung und Bildung derselben, wie das *Larbert-* und das *Baldovin*-Institut in Schottland und das Royal Albert und Earlswood Asyl in England, existirt nicht. Es möge 3000 Idioten und Imbecille in Irland geben, darunter 500 unter 15 Jahren und wenigstens die Hälfte hiervon würde als besserungsfähig zu betrachten sein. 418 sind in Distriktsasylen, 1888 in Arbeitshäusern, z. Th. unter mechanischem Zwang, die andern sind zu Hause vernachlässigt oder als hoffnungslose Vagabunden. Eine arme Frau befestigte, während sie auf Arbeit ging, ihr blödsinniges Kind an ihre Bettstelle.

Die Inspectoren führen aus: Nicht allein die Einleitung des irischen Kirchengesetzes erklärt, dass die freigegebenen Fonds hauptsächlich dazu dienen sollen, unvermeidliches Unglück und Krankheit zu lindern, sondern auch *Gladstone* hat in seiner Rede erklärt, dass für die Geisteskranken 185 000 Pfund jährlich und für die Idioten 20 000 Pfund jährlich zu verwenden seien, — aber die Sache ist nicht ausgeführt.

Die Privatanstalten werden mit wenigen Ausnahmen als zufriedenstellend erklärt. Für eine wird die Zurücknahme der Licenz angerathen. Die des Rev. *E. Picard* wird sehr gelobt, jedoch auf Anstellung eines im Hause wohnenden Arztes gedrängt.

Die Ausführung der Familienpflege für arme Kranke wird von den Inspektoren für schwierig gehalten. Es fehlt bei der Armuth der Bevölkerung an geeigneten Pflegern.

Es würde die Entwickelung dieses Systems auch zu lange Zeit erfordern, um der Ueberfüllung der irischen Anstalten abzuhelfen.

Zuletzt ist noch eine kleine Tabelle beigebracht. Es gab am 31. December 1889 Geisteskranke in Anstalten:

			in Procenten	
	Privat- Kranke	Arme	Privat- Kranke	Arme
in Schottland	1 765	10 233	14,7	85,3
in Irland	847	15 002	5,3	94,7

Trinkerasyle in England. — The Journ. of ment. sc. Januar.

Aus dem 11. Bericht des Inspectors der Trinkerasyle (Betreates under the inebriates Acts. 1879 und 1888) an das Parlament, 1891, wird angeführt, dass ein neues Asyl 1890 eröffnet ist, The Grove bei Manchester. In kurzer Zeit füllte es sich mit 20 weiblichen Kranken. Während des Jahres wurden 109 Kranke in den verschiedenen Anstalten aufgenommen. Von einem Asyl, Rickmanns Retreat wird Genaueres berichtet. Der Arzt desselben, *Braithwaite*, erklärt das Jahr 1890 für sehr erfolgreich, das Haus war ganz gefüllt, die Erfolge der Behandlung ermuthigend. Mit Einschluss von Privatfällen betrug die Zahl der Behandelten 59. Seit Eröffnung der Anstalt (wann?) fanden 224 Entlassungen statt. Die durchschnittliche

Digitized by Google

Behandlungsdauer betrug 6½ Monate. 94 der Entlassenen hielten sich gut, 10 waren gebessert, 10 wurden als geisteskrank entlassen, 1 starb, von 35 wurde nichts gehört, 74 waren ungebessert. In 84 von den 224 Fällen war Whisky getrunken. — Dr. *Braithwaite* stellt 3 Anforderungen an die Gesetzgebung auf: 1. Weniger Schwierigkeit für den Eintritt der freiwilligen Kranken durch Fortfall des Erscheinens vor Richtern oder einem Richter. 2. Zwangsaufnahme und -Detinirung bei willensgeschwächten Trinkern mit Mangel eigner Verantwortlichkeit. 3. Fürsorge für die ärmeren Klassen.

Am 1. Januar existirten 7 Trinkerasyle. Erlaubniss zur Aufnahme war vorhanden für 100 Kranke, es waren 59 in Behandlung. 2 der Asyle hatten keine Kranke, die übrigen 6 bis 20. 2 Asyle waren nur für Männer, 3 für Frauen, 2 für Männer und Frauen.

33. Jahresbericht des General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland. — Edinburg 1891.

Am 1. Januar 1891 betrug die Gesammtzahl der Geisteskranken in Schottland 12595 (5894 M. 6701 F.), und zwar in Staats- und Distriktsanstalten 7116, Privatanstalten 152, Pfarrasylen das heisst geisteskranke Pfleglinge in Armenhäusern mit unbeschränkter Erlaubniss 1517, in Armenhäusern mit beschränkter Erlaubniss 882, in Privatwohnungen (Familienpflege) 2613, in Abtheilungen der Gefängnisse 57, in (Idioten-) Erziehungsanstalten 258. Von allen waren Privatkranke 1945, Arme 10593. In den Staats- und Distriktsasylen war gegen das vorhergehende Jahr ein Zuwachs von 46 Privat- und 188 armen Kranken eingetreten. In allen Anstalten (mit Ausnahme der Familienpflege) waren aufgenommen 522 Privat- und 2213 arme Kranke. 90 freiwillige Aufnahmen lagen vor. 199 Privat- und 975 arme Patienten waren genesen, und zwar in den Staats- und Distriktsasylen 38 pCt. der Aufnahmen, Privatasylen 35 pCt., in Pfarrasylen 46, in Armenhäusern 11 pCt. Die Sterblichkeit, berechnet zum durchschnittlichen Bestande, betrug in den genannten Arten von Anstalten 8,5; 7,8; 8,9; 4,0. Die Zahl der Gestorbenen 140 Privat- und 638 arme Kranke. Die Zahl der Entweichungen betrug 1,9 von 100 des Bestandes.

Unglücksfälle kamen 110 vor, 9 tödtliche. 3 Selbstmorde, je 1 durch Erhängen, Halsabschneiden und Ertränken. Ein anderer Fall von Ertränken betraf wahrscheinlich auch einen Selbstmord. Von 5 Todesfällen, die nicht Selbstmorde waren, erfolgte 1 durch Ertrinken beim Baden, 3 durch Pharynxverstopfung durch Speisen bei Paralytikern, 1 durch Asphyxie in einem epileptischen Anfall. In 43 Fällen lagen Knochenbrüche oder Gelenkverrenkungen vor, in 18 Fällen durch Fall, in 4 Fällen durch Thätlichkeiten von Mitkranken, in 11 Fällen durch Streit mit Kranken oder Wärtern etc.

Bei der Zunahme der Irrenbevölkerung ist die Rede von Erweiterungsbauten besonders für die körperlich Kranken und die, welche eine besondere Fürsorge erfordern. Die Nothwendigkeit derselben wird vermindert,

Digitized by Google

durch Unterbringung der armen Geisteskranken in Familienpflege, wie sie in Schottland geübt wird. Die Bemerkungen der ärztlichen Directoren von 2 schottischen Anstalten legen die Annahme nahe, dass die Grenze der Ausdehnung der Familienpflege fast erreicht sei. Die Pfleger verlangen jetzt ein höheres Kostgeld, sodass der Kostenunterschied zwischen Familien- und Anstaltspflege zu gering ist. Die Localbehörden bemühen sich daher weniger um Unterkommen in Familienpflege. Dieser Gesichtspunkt wird allerdings nicht unterstützt durch die Statistik im Bericht der Commission, nach der die Zahl der Familienpfleglinge verhältnissmässig zu-, die der Anstaltspfleglinge abgenommen hatte. Die Zahl der Familienpfleglinge hatte nämlich von 1886—1888 22,8 pCt. der Gesammtzahl, von 1888—1889 23,6 pCt., die der Anstaltspflege 77,2 resp. 76,4 pCt. betragen. Die durchschnittliche Unterhaltung der Anstaltspflege pro Woche hatte sich in den letzten Jahren von 10 s $2^1/_2$ d vermindert auf 9 s $7^1/_2$ d, die der Familienpflege von 5 s 3 d erhöht auf 5 s $11^3/_4$ d (1 s = 1 Mark = 12 d. Ref.). Unfälle, Entweichungen (oder unbeabsichtigtes Fortwandern) und unerwartete Vorkommnisse sind unzertrennlich von jedem System mit grösserer Freiheit, aber sie sind nach der Meinung eines der Abgeordneten-Commissioners nicht häufiger oder ernster als in Anstalten. In 1 Falle war eine imbecille junge Frau geschwängert, 1 Mann zufällig ertrunken. Schliesslich wird der schottischen Art der Familienpflege Aussicht für die Zukunft zugesprochen, wie sie sich in der Vergangenheit bewährt hat. Der Kranke bleibt dabei unter Aufsicht der Controlverwaltung und mit Rücksicht auf besondere Fälle muss darauf gesehen werden, dass dem Pfleger kein moralisches Unheil zugefügt wird.

Hargood, W., Lunacy in Norway 1891. — The Journal of mental science. Jan.

Die Bevölkerung Norwegens betrug 1875 891000 M. 930000 F. Von diesen waren geisteskrank 2186 M. 2382 F., was ein Verhältniss von 23 Geisteskranken (20,4 M. und 25,6 F.) auf 10000 Einwohner gibt. (Die Nachrechnung ergibt 25,1 — [M. 24,5, F. 25,6. Ref.])

Im Jahre 1889 wurden in Anstalten aufgenommen 756 Geisteskranke = 4,15 auf 10000. Für dasselbe Jahr waren die Zahlen für England 29,2 Geisteskranke (27,2 M. 31,2 F.) und 5,18 Aufnahmen. Den Grund für die günstigere Stellung Norwegens sucht Verf. darin, dass die ausserordentliche Armuth und Elend der englischen grossen Städte in Norwegen fehle. Von den 756 Aufnahmen litten an Melancholie 32 pCt., an Manie 27 pCt., an Dementia 24 pCt., an allgemeiner Paralyse und Epilepsie je 1,9 pCt. Hier liegt ein Gegensatz gegen die englischen Anstalten vor, wo die Manie überwiegt über die Melancholie um 24 pCt. Verf. sucht den Grund der Differenz in der dünnen Bevölkerung, dem gebirgigen Charakter, der Monotonie des Daseins, dem Mangel an Zerstreuung, dem phlegmatischen Volkscharakter in Norwegen, gegenüber der dichtgedrängten Be-

Digitized by Google

völkerung, der hohen Lebensanspannung, der Erregung des städtischen Lebens in England. Die Zahl der Paralytiker (1,9 pCt. in Norwegen) ist in England um 6,4 pCt. höher, nach Verf. aus demselben Grunde.

Da die Familienpflege auf dem Lande in Norwegen sehr entwickelt ist, so gibt es nur wenige Irrenanstalten, die grösste enthält 330 Betten. Es sind 11 Anstalten vorhanden, 3 Regierungs-, 6 Municipal- und 2 Privat-Anstalten. Sie stehen unter der obersten Controlle der Medicinalabtheilung des Justizministeriums. Der König stellt den Director der Regierungsanstalten an. Die Verwaltung geschieht durch einen ärztlichen Director, sie wird controllirt durch ein Comité von 3 Mitgliedern, unter denen ein Arzt sein muss, der von der Regierung angestellt und bezahlt wird. Die Aufnahme erfolgt auf ein die Geisteskrankheit bescheinigendes Attest eines Arztes, wo möglich dessen, der den Kranken in seiner letzten Krankheit behandelt hat. Der Anstaltsdirector hat dann nach Untersuchung festzustellen, ob die Aufnahme für den Betreffenden zuträglich, oder für die öffentliche Ordnung und Sicherheit nöthig ist. Hiergegen kann die Entscheidung des Comité's angerufen werden. Der Director hat einen Bericht an sein Comité und einen genauen über den Zustand des Kranken an die Behörde oder Privatperson zu machen, welche die Aufnahme veranlasst hat. — Untersuchungsgefangene, welche geisteskrank oder der Geisteskrankheit verdächtig sind, werden in ein Staatsasyl zur Beobachtung gesandt und verbleiben hier bis zu festgestelltem Gutachten.

Sectionen werden in jedem Fall auf Wunsch des Directors gemacht.

Verf. hat im vergangenen Sommer 2 der grössten Anstalten besucht, die Staatsanstalt zu Rotwold bei Drontheim und das Gemeindeasyl bei Bergen. Das erstere hat 240 Betten, ungefähr 200 Aufnahmen im Jahre und 3 Aerzte. In allen norwegischen Anstalten wird verheiratheten Aerzten der Vorzug gegeben. Der grösste Theil der Kranken stammt aus den ärmeren Klassen. Privatkranke zahlen mehr. Es findet angemessene Beschäftigung und Zerstreuung statt, Spaziergänge, Tänze, Zerstreuungen, einige Kranke baden im Sommer in der See. Bäder werden viel angewandt, ebenso Opium in der Melancholie. Als einziges mechanisches Zwangsmittel sind Jacken mit langen Aermeln, die zusammengebunden werden, in Gebrauch. Bei acuter Manie mit heftigen und zerstörenden Tendenzen findet gelegentliche Isolirung statt. 1 Wärter auf 9 Kranke. Alle Wärter haben alle Woche einen Ausgehtag, die männlichen Wärter, denen Heirathserlaubniss gegeben, dürfen die folgende Nacht ausbleiben. Alle Wärter haben einen jährlichen Urlaub von 8 Tagen.

Das Gemeindeasyl bei Bergen ist ein neues Gebäude mit 150 Betten. Fast alle Einzelräume liegen im Erdgeschoss, jeder hat ein Laternenlicht in der Decke, welches Licht und Ventilation ausgezeichnet gibt. Vorkehrungen zur Verdunkelung der Zimmer sind nicht da. Dieselben sind sehr geräumig. Luftheizung. Diejenigen zur Isolirung Maniakalischer mit zerstörenden Tendenzen enthalten nur einen Haufen Stroh, der Kranke ist nackt.

Digitized by Google

Die Beobachtung findet statt durch die Laternenscheiben von einem Wärter von einem dafür hergerichteten Platze auf der Decke aus. — Unreinliche Kranke schlafen auf losem Stroh, bedeckt mit einer Bettdecke. Dies soll das Wundwerden verhüten im Vergleich mit der englischen Gummiunterlage. Erdclosets überall. Kein isolirtes Gebäude für ansteckende Krankheiten.

Auf 756 Aufnahmen in allen norwegischen Anstalten kommen 203 genesen Entlassene = 26,8 pCt. In England betrug das Genesungsprocent nach dem Bericht der Commission in Lun. für dasselbe Jahr (1889) 39,7 pCt. Die Sterblichkeit in den norwegischen Anstalten betrug nach dem durchschnittlichen Bestande 7,6 pCt., nach der Zahl der Behandelten 4,8 pCt. Für England betrug der Satz 9,4 resp. 7,4 pCt., war also grösser. Den Grund für die grösseren Genesungsziffern in England sucht Verf. zunächst darin, dass solche, die in England als genesen figuriren, in Norwegen als gebessert geführt werden. Die gebessert Entlassenen betragen in Norwegen 29 pCt. In England betrug für eins der Londoner Grafschaftsasyle mit 2000 Kranken die Zahl der Genesenen 44, der Gebesserten 9 pCt., so dass die Summe der Genesenen und Gebesserten beiderseits ziemlich gleich ist. Ein anderer Grund möge in der frühzeitigen Entlassung vor der Genesung in norwegischen Anstalten liegen, ein dritter in der längeren Krankheitsdauer der Aufgenommenen.

Worcester, **The mortality of epilepsy in asylums for the insane. — Journal of nervous and mental disease. No. 3.**

Das Resultat der Arbeit ist der Nachweis, dass die Sterblichkeit der Epileptiker in directer Folge ihrer Anfälle, entgegen der gewöhnlichen Meinung, eine grosse ist. Verf. beruft sich zunächst auf eine frühere Arbeit (Medical Record 1888), nach der im Michigan Asylum seit Eröffnung der Anstalt eine grössere Zahl von Epileptikern in Folge der Epilepsie (epileptische Anfälle), als in Folge aller anderen Krankheiten zusammen gestorben seien, und nach der das Procentverhältniss der Todesfälle der Epileptiker in directer Folge ihrer Krankheit zur Gesammtzahl der Aufnahme von Epileptischen grösser war, als das aller Todesfälle zur Gesammtzahl der Anfnahmen der Anstalt. Von 234 aufgenommenen Epileptikern waren 62 = 26,5 pCt. in Folge der Epilepsie gestorben. In 37 anderen Anstalten waren nach den Anstaltsberichten des vorhergehenden Jahres bei 535 aufgenommenen Epileptikern 143 gestorben = 27,6 pCt., und 15 Anstalten mit zeitlich ausgedehnteren Berichten seit Eröffnung der Anstalten hatten unter 2029 Aufnahmen 611 Todesfälle in Folge der Epilepsie = 30,1 pCt.

Diesen statistischen Resultaten steht die Meinung namhafter Autoritäten gegenüber. Nach *Gowers* ist die Lebensgefahr bei der Epilepsie nicht gross. Der Tod in den einzelnen Anfällen, auch den schweren, im gefährlichen Stat. epilept., durch die Tendenz sich auf das Gesicht zu drehen,

Digitized by Google

oder durch Ertrinken sind im Ganzen seltene Vorkommnisse. Aehnlich *Ranney* (dasselbe findet man auch bei deutschen Schriftstellern. Ref.).

Verf. hat daher neues Material gesammelt. Dasselbe stammt aus 83 Irrenanstaltsberichten aus den Vereinigten Staaten und Canada aus dem Jahre 1890, die sich auf 1- resp. 2jährige Perioden erstreckten. 1326 Epileptische gelangten zur Aufnahme, es starben in Folge der Epilepsie 389 = 29,27 pCt. Der Procentsatz aller Todesfälle zur Gesammtzahl der Aufnahmen dieser Anstalten betrug 11,88. — 15 dieser Irrenanstalten gaben Berichte über die ganze Zeitdauer ihrer Wirksamkeit. Hier fanden bei 1831 Aufnahmen von männlichen Epileptikern 622 Todesfälle = 33,97 pCt., und bei 968 weiblichen Epileptikern 327 = 33,89 pCt. Todesfälle in Folge der Epilepsie statt. Die entsprechenden Procentzahlen der Todesfälle zu den Gesammtaufnahmen betrug 24,04 resp. 19,93 pCt.

Demnach würde ungefähr $^1/_3$ der Epileptiker, die in den Irrenanstalten der Ver. Staaten etc. zur Aufnahme gelangen, in Folge der epileptischen Anfälle in den Anstalten zu Grunde gehen. Die Todesfälle in Folge der epileptischen Anfälle betragen über 50 pCt. der Gesammtzahl der Todesfälle bei Epileptikern. Im Michigan Asylum waren von 62 Todesfällen bei Epileptikern 38 in Folge der Epilepsie erfolgt, im Arkansas St. Lun. Asylum seit 1883 von 65 Todesfällen bei Epileptikern 38 in Folge der Epilepsie. (Bei einer Reihe von Berichten aus deutschen Irrenanstalten, die dem Ref. augenblicklich vorliegen, finden sich, bei allerdings im Ganzen kleinen Zahlen die Todesfälle in Folge acuter nervöser Erschöpfung bis zu $^1/_3$—$^1/_2$ der Gesammtzahl der Todesfälle bei Epileptikern vertreten.)

Die Tendenz der Epileptiker zu kürzerer Lebensdauer ergibt sich ferner daraus, dass sie sich durchschnittlich in den Anstalten in jüngerem Lebensalter befinden, als die übrige Bevölkerung. Im Arcansas St. L. Asyl. waren von 162 Epileptikern, die entlassen, gestorben und als Bestand zurückgeblieben waren, nur 28 = 17,22 pCt. über 40 Jahre alt, von 65 Gestorbenen 13 = 20 pCt. Im Michigan Asyl. waren von 234 behandelten Kranken 58 = 24,78 pCt. über 40 Jahre alt. (Da die Krankheitsdauer der Epileptiker durchschnittlich bis zum Tode eine längere ist als bei den übrigen Formen [cf. des Ref. Arbeit im 45. Bd. d. Zeitschrift], so ist jenes jüngere Lebensalter hauptsächlich durch die Erkrankung in früherem Lebensalter bedingt. Ref.) Der Tod erfolgte am häufigsten nach einem Stat. epilept., aber auch nach wenigen Anfällen, selbst nach einem einzigen ausnahmsweise schweren blieb der Kranke in einem halbcomatösen Zustande zurück, von dem er sich nicht erholte. Lungenödem tritt gewöhnlich nach dem Stat. epil. ein, wenn der Kranke noch einige Zeit nach dem Aufhören der Krämpfe lebt, 2mal trat es mit verhängnissvollem Ausgang nach einer einzelnen Convulsion auf. In mehreren Fällen trat mit tiefer Dementia ein gradweiser physischer Verfall ein und der Kranke starb an Erschöpfung. — Meist gab die Section keine Auskunft über die unmittelbare Todesursache. Im 1. Fall war eine Gehirnhämorrhagie vorhan-

Digitized by Google

den, in 2 Fällen, in denen die Kranken halbcomatös mehrere Tage nach den Anfällen lagen, fand sich lobuläre Pneumonie. Mehrere Mal fand sich Lungenödem.

Es scheint dem Verf. nicht, dass die ausgeführte schwere Prognose mit dem besonders schweren Charakter der Krankheitsfälle in den Anstalten zusammenhänge. Jedenfalls müssten die Schriftsteller, die Gegentheiliges behaupten, statistisches Material von Fällen beibringen, deren Todesursachen zu ihrer Kenntniss gekommen sind.

Irrenstatistik für Holland, nach dem Bericht der Irrenanstaltsinspectoren für die Jahre 1882—1884.

Der von *Ruysch* und *van Andel* verfasste Bericht enthält u. a. eine werthvolle, weil sehr vollständige Statistik der niederländischen Irrenanstalten, deren es während der Berichtszeit auf eine Bevölkerung von $4^1/_4$ Millionen 15 gab, von denen jedoch die in Medemblik erst im Herbste 1884 durch Ausbau einer alten Marinekaserne neugeschaffen wurde. In den Anstalten (ausschliesslich der kleinen in Boekel, welche in dieser Statistik aus nicht erkennbaren Gründen unberücksichtigt bleibt) befanden sich anfangs 1882 4458 Irre (2138 Männer, 2320 Weiber), in Zugang kamen während der drei Jahre 3229 (1621 M. 1608 W.), so dass 7687 (3759 M. 3928 W.) behandelt wurden. Von diesen starben 1322 (677 M. 645 W.) = 40,9 pCt., ungeheilt entlassen wurden 398 (209 M. 189 W.) = 12,3 pCt., geheilt 1196 (536 M. 660 W.) = 37 pCt., so dass ult. December 1884 4771 (2337 M. 2434 W.) im Bestande blieben. Von dieser Zahl befanden sich durchschnittlich in jeder Anstalt 341 (Maximum Bloemendal 919, Minimum Mastricht 78). Von 10000 Personen der Landesbevölkerung wurden im Mittel der 3 Jahre 11,1 in Irrenanstalten verpflegt, und zwar variirt dies Verhältniss in den einzelnen Provinzen sehr erheblich, von Utrecht, das in allen 3 Jahren weitaus die meisten Anstaltsirren hatte, mit 17,2‰ bis zu Seeland mit 6,2‰. Ausserdem gab es im Jahre 1884 noch 1778 bekannte Irre ausserhalb der Anstalten, in den einzelnen Provinzen 10 bis 21,4‰ der Bevölkerung. Im Ganzen wurden Ende 1884 in Holland 6522 = 15,4‰ Geisteskranke gezählt, von denen etwa $^3/_4$ (72,7 pCt.) in Irrenanstalten, $^1/_4$ (27,3 pCt.) ausserhalb derselben sich befanden. Auf die sehr sorgfältigen statistischen, auf zahlreichen Tafeln gegebenen Zusammenstellungen in Bezug auf Geschlecht, bürgerlichen Stand, Religion, Alter, Schulbildung, Beruf etc. und die Beziehungen dieser Momente zu den einzelnen Krankheitsformen, der Dauer der Erkrankung vor und während der Behandlung, der Anzahl der Recidive etc. kann hier nicht näher eingegangen werden. Nur das über die Aetiologie Ermittelte sei kurz erwähnt: Auf 100 Fälle von Geistesstörung wurde als Ursache angenommen: acute und chronische Krankheiten 30,9 (M. 31,4, W. 30,2), Erblichkeit 25,2 (M. 24,4, W. 25,9) [in England 20,9 (M. 19,2, W. 22,5)], kritische Perioden der Frauen 2,4 (M. —, W. 4,9), Excesse im Geschlechtsleben 3,6 (M. 4,0,

Digitized by Google

W. 3,2), Missbrauch alkoholischer Getränke 7,0 (M. 12,4, W. 1,6) [13,3 (M. 19,7, W. 7,1)], Gebrechen 2,9 (M. 1,6, W. 4,2), hohes Alter 4,1 (M. 3,0, W. 5,2) [4,3 (M. 4, W. 4,7)], geistige Ueberanstrengung 1,9 (M. 3,2, W. 0,6) [0,5 (M. 0,6, W. 0,3)], übertriebene Frömmigkeit 4,7 (M. 4,3, W. 5,2) [2,7 (M. 2,5, W. 3,0)], Kummer 12,3 (M. 11,4, W. 13,3), Schreck, Angst, Zorn 5,0 (M. 4,3, W. 5,7). — Als Anhang sind dem Bericht noch Tabellen beigegeben mit statistischen Nachrichten über die holländischen Irrenanstalten der früheren Jahre, seit 1844.

Alcoholismus und Geisteskrankheiten.

Aus einer in No. 4 1892 der Veröffentlichung des Kaiserl. Gesundheits-Amtes enthaltenen, nach Preuss. Statist. Heft 111 gemachten Zusammenstellung über die Irrenanstalten im preussischen Staate entnehmen wir bezüglich des Alcoholismus als ätiologisches Moment für Geisteskrankheiten folgendes: Unter 32 068 Geisteskranken, welche während der drei Jahre von 1886—88 in öffentliche oder private Irrenanstalten Preussens aufgenommen wurden, litten 3531 = 11 pCt. an Säuferwahnsinn, darunter 154 weibliche Personen (1880—82 2897 bezw. 150). Von den 3228 an Säuferwahnsinn Leidenden, deren Alter bekannt war, standen 1817 im Alter unter 40 Jahren, 1303 zwischen 40 und 60 Jahren, und 108 in höherem Lebensalter, mithin entfielen 56,3 pCt. auf das jüngere Alter unter 40 Jahren (1880—82 54,6 pCt., 1883—85 54,7 pCt.). Ausserdem wurde in einer grossen Zahl anderweitiger Geisteskrankheiten Alcoholismus als Ursache ermittelt; im ganzen, d. h. einschliesslich der an Delirium tremens Leidenden, traf dies zu bei männlichen Kranken im Jahre 1886 in 34,7 pCt., im Jahre 1887 in 36,2 pCt., im Jahre 1888 in 40 pCt. aller derjenigen Fälle, wo überhaupt eine bestimmte Erkrankungsursache ermittelt ist, d. i. unter 5935 Erkrankungen. Diese Verhältnisszahlen erhöhen sich noch wesentlich, wenn man die Personen mit angeborener Geisteskrankheit, die geistesschwachen Personen ohne angeborenes Leiden und die wenigen den Irrenanstalten überwiesenen nicht geisteskranken Personen ausschliesst; alsdann sind in den drei Berichtsjahren von den eigentlich geisteskranken männlichen Insassen der Irrenanstalten, soweit die Aetiologie überhaupt ermittelt wurde, 40,4 pCt., 42,3 pCt. und 44,5 pCt. infolge von Alcoholismus erkrankt.

Wie sehr in Deutschland — in manchen anderen Ländern bekanntlich noch mehr — der Alcoholismus als Erkrankungsursache von Jahr zu Jahr an Bedeutung zugenommen hat, geht auch aus den Angaben hervor, welche in den Begründungen des kürzlich dem Reichstage zugegangenen Gesetzentwurfes, betreffend die Bekämpfung der Trunksucht, enthalten sind. Danach gingen den allgemeinen Krankenhäusern im Deutschen Reiche zu: 1877—79 12 863, 1880—82 13 346, 1883—85 26 359 und 1886—88 34 767 Kranke mit chronischem Alcoholismus und Säuferwahnsinn (als besonderes Leiden in die statistischen Aus-

Digitized by Google

weise eingetragen). Ausserdem sind den Irrenanstalten im Deutschen Reiche zugegangen von 1877—79 2856, 1880—82 3574 und 1883—85 4545 Kranke mit Säuferwahnsinn.

Rahts, Die Heilanstalten des deutschen Reichs nach den Erhebungen der Jahre 1886, 1887 und 1888. I. Abtheilung: Die allgemeinen Krankenhäuser. — Julius Springer. Berlin, 1892.

Trotzdem für die Behandlung geisteskranker Personen überall Irren-Heil- und Pflegeanstalten zur Verfügung stehen, ist doch eine grosse Zahl von Geisteskranken in den allgemeinen Krankenhäusern behandelt worden und zwar entfiel 1,07 pCt. der Gesammt-Krankenzahl auf Geisteskranke. Es gingen den Anstalten 6538—6743—6893 Patienten zu. Fast überall war die Zahl der männlichen Kranken überwiegend, die Sterblichkeit unter den Geisteskranken betrug kaum 4,8 pCt.

Hirn- und Hirnhautentzündungen gingen zu 3062 Männer und 1523 Frauen, der Tod erfolgte in 65 pCt. der Fälle. — Mit Apoplexia cerebri wurden 4693 Männer und 3896 Frauen aufgenommen, von denen 4372 starben. — Von 6544 anderen Krankheiten des Gehirns endeten 1457 mit dem Tode. — An Epilepsie litten 10381 Kranke, 3361 Frauen und 7020 Männer; von je 1000 Kranken 5,2 Fälle an Epilepsie. Am häufigsten war das Leiden in den Krankenhäusern Berlins (9,5 ‰), Westfalens (8,9), Brandenburgs (7,9), Ostpreussens (7,2). — Eklampsie bei 1134 Kranken, 601 Männer und 533 Frauen; es hat sich weniger um Eklampsie der Wöchnerinnen als um Eklampsie der Kinder gehandelt. Es starben 14 pCt., das Leiden hat von Jahr zu Jahr abgenommen. — Trismus und Tetanus war eine verhältnissmässig seltene Krankheitsform. Von 559 derartigen Kranken fielen auf Bayern 81, auf Berlin 53, auf Schlesien 89. Das Leiden ist noch seltener als in den früheren Jahren gewesen. Sterblichkeitsziffer war bei Männern 67 pCt. und bei Frauen 50 pCt.

An Chorea litten 1548 und zwar 516 Männer und 1032 Frauen, mehr als $^1/_6$ der Gesammtzahl ist aus Berlin gemeldet. — Rückenmarksleiden waren 7209 Fälle, 5016 Männer und 2193 Frauen, 1248 Todesfälle. Verhältnissmässig häufig beobachtet in Elsass-Lothringen, Hessen, Sachsen-Weimar und Sachsen-Meiningen.

Unter der Rubrik „andere Krankheiten des Nervensystems" ist namentlich das weibliche Geschlecht vertreten; von 1000 Männern litten etwa 16, von 1000 Frauen fast 27 an diesen Krankheiten, zu welchen wohl auch die Hysterie zu rechnen ist. *S.*

Ruysch und ***van Andel,*** Bericht der staatlichen Aufsichtsbehörde über die Geisteskranken im Jahre 1890.

Die Beamten haben 102 ausserhalb der Anstalt verpflegte Kranke besucht. Die Verhältnisse der besser situirten Kranken waren gute, aber

Digitized by Google

die Unterbringung und Verpflegung der weniger gut situirten Kranken liessen manchmal viel zu wünschen übrig. In manchen Gemeinden wurden für den Kranken 1 F. wöchentlich, in einigen sogar 1 F. monatlich bezahlt! Manche wurden völlig verwahrlost angetroffen und mussten der Anstalt wieder zugeführt werden. — Die Anstalten wurden ebenfalls revidirt, manche mehrere Male, alle aber ein Mal. Die Besuche geschahen unangemeldet, öfters sogar, besonders im Winter, mitten in der Nacht, um Beheizung und Beleuchtung der Zellen zu controlliren. Nichtgeisteskranke wurden nicht gefunden. Auffallend ist die energische Aufforderung zur endlichen Abschaffung der Zwangsmittel.

In Vught und Ermelo wurden besondere Abtheilungen für Idioten eingerichtet. Bestand waren am 1. Januar 1890 in sämmtlichen 17 Anstalten (Amsterdam, Boekel, Coudewater te Rosmalen, Delft, Deventer, Dordrecht, Franeker, 's Gravenhage, 's Hertogenbosch, Maastricht, Medemblik, Meerenberg te Bloemendaal, Rotterdam, Utrecht, Veldwijk te Ermelo, Voorburg te Vught und Zutphen 6054 (2953 männliche, 3101 weibliche). Aufgenommen wurden 1495 (698 männliche, 797 weibliche). Genesen entlassen 443 (195 männliche, 248 weibliche). Ungeheilt entlassen 286 (129 männliche, 157 weibliche). Gestorben sind 601 (305 männliche, 296 weibliche), sodass Bestand bleiben den 1. Januar 1891 6219 (3022 männliche, 3197 weibliche). Die grösste Anstalt ist Meerenberg mit einem Bestande von 1200 (584 männliche, 616 weibliche), die kleinste Maastricht mit einem Bestande von 57 (29 männliche, 28 weibliche). *Seyger.*

Nachtrag
zu
7. Paralyse und Geistesstörungen mit Syphilis.
Ref.: Kirn-Freiburg.

Azoulay, Léon und ***Regnault, Félix,*** Ueber den Automatismus bei der allgemeinen Paralyse. — Gazette médicale de Paris, No. 36. (Referat im Neurolog. Centralblatt, No. 21.)

Die Erscheinung des „Automatismus" findet man häufig bei Paralytikern in vorgerücktem Krankheitsstadium, wenn die Geistesschwäche bereits sehr entwickelt ist. Nimmt man z. B. den Arm eines solchen Kranken stillschweigend, und erhebt ihn, so lässt er ihn 2—10 Minuten unverändert in der gegebenen Lage, um ihn dann ziemlich plötzlich herabfallen zu lassen. Auf Befragen, warum er dies gethan, antwortet der Betreffende meist, „dass er es nicht wisse". Beim nächsten Versuche wird er die

Digitized by Google

gleiche automatische Haltung wieder einnehmen. Dagegen missglückt der Versuch, wenn der Kranke erregt oder hochgradig paretisch ist. In letzterem Falle kann aber der Versuch doch noch gelingen, wenn man ihm seine Hand auf den Kopf legt, um ihr einen Stützpunkt zu geben. Die meisten Kranken behalten diese Position 3—8 Minuten lang bei, wenn man nicht ihre Aufmerksamkeit energisch anregt. Der Untersuchende kann alle Abstufungen in dem Grade dieser automatischen Haltungen bis zur ausgesprochenen Katalepsie resp. Katatonie beobachten. Es scheint, dass diese abnormen Haltungen weder in Wahnideen, noch in der Demenz, vielmehr in der Abulie oder Willensschwäche der Kranken begründet sind.

Verff. theilen einige Beobachtungen solcher Bewegungs-Anomalien bei Paralytikern in ihrer Arbeit mit.

Vallon (Villejuif), Verstümmelungen durch automatische Bewegungen bei den allgemeinen Paralytikern. — Annales d'Hygiène publique. December.

Vortragender lenkt die Aufmerksamkeit auf die Selbstverstümmelungen der allgemeinen Paralytiker, welche eines gewissen gerichtlich-medicinischen Interesses nicht entbehren.

Ein Theil dieser Paralytiker geht beständig rastlos schreiend und gestikulirend auf und ab, ein anderer schweigsam oder murmelnd, kleidet sich beständig aus und an oder zerreisst alle Kleidungsstücke bis zu den kleinsten Lumpen, selbst bis zu Charpie. Die letzteren, mit stiller Aufregung Behafteten fügen sich mitunter ganz interessante Verstümmelungen zu. Sie machen sich, im letzten Krankheitsstadium wegen ihrer Schwäche zu Bette liegend, durch beständige Wiederholung ihrer automatischen Reibungen unterhalb der Decke unter Umständen tief eindringende und ernste Verletzungen (Hautverschwärungen, Zerstückelung des Hodensackes, Abreiben eines Nasenflügels). Die vorhandene Analgesie erleichtert zweifellos die Entstehung solcher Verstümmelungen.

Oft beobachtet man auch bei den Paralytikern automatische Kau- und Schlingbewegungen oder Saugbewegungen der Lippen, welche bis zu deren Zerstörung führen können, namentlich wenn die Lippen zwischen die Zähne gerathen. Vortragender hat einen einschlägigen Fall beobachtet, welcher bis zum brandigen Absterben eines grossen Theils der Unterlippen fortschritt. Solche Fälle müssen namentlich vom forensen Gesichtspunkte aus richtig gewürdigt werden, um eine Verletzung durch äussere Gewalt (von Seiten der Wärter) auszuschliessen.

Näcke (Hubertusburg), Ueber katatonische Symptome im Verlaufe der Paralyse bei Frauen. — Diese Zeitschrift. Bd. 49. Heft 1 u. 2, p. 51.

Digitized by Google

König **(Dalldorf), Ueber passagere Sprachstörungen bei Paralyse. — Diese Zeitschrift. Bd. 49. Heft 1 u. 2, p. 143.**

Ascher **(Dalldorf), Ueber Aphasie bei allgemeiner Paralyse. — Diese Zeitschrift. Bd. 49. Heft 1 u. 2, p. 256.**

Neisser **(Leubus), Fall von progressiver Paralyse complicirt durch spinale progressive Muskelatrophie. — Diese Zeitschrift. Bd. 49. Heft 3, p. 498.**

Awtowkratow **(*Mendel*'s Laboratorium), Ueber Veränderungen in den Kernen der Hirnnerven bei paralytischem Blödsinn. — Neurolog. Centralblatt, No. 13 u. 14.**

Im Symptomencomplex des paralytischen Blödsinns erscheinen bereits in frühen Stadien verschiedene Störungen seitens der Hirnnerven; so im Gebiete des Facialis (Paresen der Lippenmuskeln, Zittern der Gesichtsmuskeln), im zwölften Paare (Zittern der Zunge, Störungen der Stimmmuskeln), Lähmungen der von den Nn. abducentes und oculomotorii innervirten Augenmuskeln mit Doppeltsehen, Nystagmus, Ptosis. In späteren Stadien beobachten wir Störungen seitens der motorischen Zweige des N. trigeminus mit automatischen krampfhaften Kaubewegungen und Zähneknirschen, in den Endstadien Störung der Schluckmuskeln.

Die pathologische Anatomie der paralytischen Demenz hat bis jetzt nur Andeutungen von degenerativen Veränderungen der Hirnnervenkerne gegeben (*Kräpelin*, *Kirchhoff*, *Laufenauer*, *Voisin*, *Tschisch*, *Siemerling* und *Boedeker*).

Um diese Lücke auszufüllen hat Verf. exacte mikroskopische Untersuchungen an 4 Gehirnen von Paralytikern vorgenommen. In allen Fällen — mit Ausnahme des einen, in dem Patient im Anfangsstadium der Paralyse gestorben war, in welchem nur die Facialis- und Hypoglossuskerne etwas alterirt waren — erwiesen sich die Kerne der untersuchten Hirnnerven als pathologisch verändert. In geringerem Grade war diese Veränderung in den Kernen des sogenannten Hauptkerns des N. acusticus und trigeminus ausgedrückt.

In allen Fällen wurde auf der ganzen Strecke des Hirnstamms eine deutlich ausgesprochene Hyperämie mit erweiterten Gefässen beobachtet; im Gebiete der grauen Substanz fanden sich grosse Blutergüsse. Die Gefässe waren in ihren Wandungen verdickt und zumeist erweitert, selten verengt.

Die Schilderung der Veränderungen in den Zellen der Nervenkerne, sowie die anschliessende Erörterung ist im Originale nachzulesen.

Oebeke **(Bonn), Zur Aetiologie der allgemeinen fortschreitenden Paralyse. — Diese Zeitschrift. Bd. 49. Heft 1, p. 1.**

Digitized by Google

Toulouse, E., **Syphilis und allgemeine Paralyse; Alcoholismus und allgemeine Paralyse; Criminalität und Entartung; das Contagium der Geistesstörung. — Gazette des Hôpitaux. 26. Juli.**

Der Verf. gibt in obigem Aufsatz ein Referat über die im Titel angegebenen Themata; er enthält sich aber der Mittheilung seiner eigenen Ansichten über dieselben.

Homén, **Eine eigenthümliche bei 3 Geschwistern auftretende typische Krankheit unter der Form einer progressiven Dementia in Verbindung mit ausgedehnten Gefässveränderungen (wohl Luës hereditaria tarda). — Archiv f. Psych. etc. Bd. XXIV, Heft 1.**

Verf. schildert in seinem interessanten Aufsatze die völlig gleiche Erkrankung dreier Geschwister, welche sich ohne bekannte prädisponirende oder occasionelle Ursache im Alter von 10, 12 und 20 Jahren einstellte mit den Erscheinungen von Schwindel, Schwere im Kopf, allgemeinem Müdigkeitsgefühl, Abschwächung der Intelligenz, in's Besonderee des Gedächtnisses. Bald gesellten sich hierzu diffuse Schmerzen in den Beinen, unsicherer, schwankender Gang, ferner nach zweijähriger Krankheitsdauer Verlangsamung und Schwerfälligkeit der Sprache. Weiter wurden die Beine steif und es entwickelten sich im Knie-, Hüft-, Finger- und Ellenbogengelenke Contracturen. Im letzten Krankheitsstadium trat auch Erschwerung des Schluckens ein. Dagegen waren auffällige Gesichtsstörungen, Lähmungen oder Anästhesien nicht zugegen. Psychischerseits entwickelte sich allmälig völlige Demenz. Der Tod trat nach $3^1/_2$, 6 und 7 Jahren ein,

Ebenso wie die Krankheitserscheinungen bei den 3 betroffenen Individuen eine volle Uebereinstimmung gezeigt hatten, so war auch der autoptische Befund bei Allen der gleiche, nämlich: Verdickung des Schädels und der Dura mater, Verwachsung der Pia mater mit der Corticalis, Atrophie und Schwund der vorderen Partien des Gehirns, sklerotische Veränderungen der Hirngefässe besonders an der Basis, Erweichungsherde in den Linsenkernen. Ausserdem fanden sich Milzvergrösserung und diffuse Lebercirrhose.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich in den vorderen Gehirntheilen Verminderung der Tangentialfasern, Atrophie der grossen Pyramidenzellen, Verdickung der Neuroglia, besonders aber im ganzen Gehirn verbreitet — intensive Gefässveränderungen, nämlich sklerotische und hyaline Verdickung der Wände, körnige und fettige Entartung derselben, circumscripte endarteritische Veränderungen, zahlreiche kleine Blutaustritte.

Verf. steht nicht an, trotz der fehlenden Anamnese über die Erkrankung der Eltern, die geschilderte Erkrankung nach ihrem klinischen Ver-

Digitized by Google

lauf und ihrem charakteristischen pathologisch-anatomischen Befunde auf hereditäre Lues mit sehr spätem Auftreten zurückzuführen.

Gajkiewicz (Warschau), Syphilis des Nervensystems. — Paris. J. B. Baillière et fils. 1892. 210 Seiten. (Referat in der Berl. klin. Wochenschrift, No. 42.)

Obige Monographie gibt eine einfache und klare Darstellung, geschickte Gruppirung des Stoffes, sowie eine reiche Casuistik.

Im ersten Abschnitte werden die allgemeinen pathologisch-anatomischen Verhältnisse besprochen, die Gefässerkrankungen, die Neubildungen, sowie die Früh- und Späterkrankungen der hereditären Syphilis aufgeführt.

Im zweiten Abschnitt wird die Pathologie der Syphilis des Gehirns vorgetragen, und zwar die Hemiplegie, die Monoplegie, die Epilepsie, die Basilarmeningitis und andere klinische Formen. Der Kopfschmerz sei nicht selten das einzige Symptom der Gehirnsyphilis; er exacerbirt des Abends und wird von Narcoticis wenig beeinflusst. Die Neuralgia auricolo-temporalis sei stets luetischer Herkunft.

Die wichtige Frage nach dem Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse wird vom Verf. nur kurz berührt. Er setzt die verschiedenen Ansichten auseinander und erklärt die Frage als noch unentschieden.

34 eingehend geschilderte Krankengeschichten illustriren die Pathologie der Gehirnsyphilis bestens.

Das nächste Capitel ist der Besprechung der syphilitischen Erkrankungen der Pedunculi, des Pons, der Medulla oblongata und des Kleinhirns gewidmet. Krankengeschichte 35 stellt eine gewiss seltene geheilte syphilitische Pedunculus-Affection, 36 eine in wenig Tagen tödtliche syphilitische Bulbärparalyse dar.

Im dritten Abschnitt wird die Syphilis des Rückenmarkes behandelt mit Würdigung der Differentialdiagnose und von 27 Krankengeschichten. Verf. hat unter 400 Tabesfällen bei 90 pCt. luetische Antecedentien gefunden, darunter befanden sich nur wenig Frauen, obwohl bei diesen die Syphilis keineswegs selten auftritt. Antisyphilitische Behandlung brachte keine bemerkenswerthe Besserung. Gleich *Minor* hat auch *G.* die Seltenheit der Tabes bei den Juden festgestellt, obwohl die Lues des Nervensystems bei diesen keineswegs selten sei.

Der vierte Abschnitt behandelt die syphilitischen Affectionen der peripheren Nerven, welche der Autor im Allgemeinen (mit Ausnahme derjenigen des N. opticus) günstig prognosticirt. Eingehend bespricht er die specifische Oculomotoriuslähmung, sowie die syphilitische Ischias und Angina pectoris.

Der fünfte Abschnitt ist der allgemeinen Diagnostik, der

Digitized by Google

sechste der Besprechung der Häufigkeit und der Zeit des ersten Auftretens der specifischen Symptome des Nervensystems gewidmet (gewöhnlich sind es 1—10 Jahre, mitunter aber nur 4—6 Monate, oder gegentheils 18 und mehr Jahre nach der Infection). Hierfür prädisponiren erblich nervöse Belastung, intellectuelle Ueberanstrengung, physische und sexuelle Excesse, Schädeltraumen und Alcoholismus. Gehirnsyphilis ist beim Mann relativ häufiger als bei der Frau.

Die Prognose hängt vom Sitze, Charakter (am ungünstigsten sind Gefässerkrankungen) und Dauer der Erkrankung ab.

Im sechsten, der Therapie gewidmeten, Abschnitt empfiehlt unser Autor, so früh, so energisch und so lange als möglich zu behandeln. Trotzdem widersteht die Mehrzahl der Fälle von syphilitischen Erkrankungen der nervösen Centren der Therapie!

Hoyt, Frank C., Ein Fall von Hirnsyphilis. — The Alienist and Neurologist. Vol. XIII. No. 4.

Die weibliche, 30 Jahre alte, früher prostituirte Kranke wurde im December 1880 in die Anstalt aufgenommen, angeblich in Folge einer Kopfverletzung seit 1888 geistesgestört. Sie war stupid. Sie zeigte unvollkommene rechtsseitige Hemiparese in Gesicht, Arm und Bein; sie hörte und sah gut. Auf ihrer Scheitelhöhe, etwas links von der Mittellinie, zeigte sie eine umschriebene, weisse, strahlige Narbe, unter derselben schien sich eine Knochendepression zu befinden. Eine mehrmonatliche antiluetische Behandlung brachte ihr keine Besserung.

In der Folge — Aphasie und Hemiplegia incompleta dextra, Stupidität, zuweilen Anfälle hysterischen Schreiens.

Die geplante Trepanation an der Stelle der Narbe wurde durch den 8 Monate nach der Aufnahme im Coma erfolgten Tod vereitelt.

Bei der Section fehlte die vermuthete Knochendepression. Der Schädel war hyperostotisch und blutreich, mit der Dura mater fest verwachsen; harte Hirnhaut über der linken Hemisphäre fibrös und enorm verdickt an einzelnen Stellen bis auf $^1/_2$ Zoll, auf der Innenfläche gewuchert und hämorrhagisch pigmentirt; die zarten Häute könnten nicht ohne Zerreissung abgelöst werden.

Pia und Arachnoidea hafteten fest über der linken Hemisphäre, sie waren stark verdickt, ihre Gefässe erweitert und geschlängelt. An der Gehirnbasis — charakteristische specifische Leptomeningitis. Beide Carotites internae — im Zustand der syphilitischen Entarteritis.

In der linken Hemisphäre, vor der *Rolando*'schen Furche, in den Stirnwindungen — ein charakteristisches Syphiloma, halb-gelatinös, grauroth gefärbt, unregelmässig gestaltet. Die Umgebung entzündet, die Corticalis weithin zerstört. (Eine beigegebene Zeichnung belehrt genau über Sitz und Ausdehnung der Geschwulst.)

Digitized by Google

Ventrikelependym injicirt und granulirt. Im Uebrigen kein abnormer Befund.

Verf. macht schliesslich auf die Schwierigkeit der Diagnose seines Falles aufmerksam. Die Kopfnarbe mit der scheinbaren Schädeldepression schienen für ein Hirntrauma zu sprechen; die Abwesenheit von Erbrechen gegen einen Hirntumor, desgleichen das Fehlen von Neuritis optica und von Convulsionen.

Minor **(Moskau), Ein statistischer Beitrag zur Syphilis-Tabes-Frage. — Neurolog. Centralblatt, No. 13.**

Aus obigem Aufsatz sind für unser Referat nur folgende Zahlen zu entnehmen, welche entschieden für den ursächlichen Zusammenhang zwischen progressiver Paralyse und Syphilis sprechen.

Unter den von *Minor* während mehrerer Jahre behandelten Nervenkranken waren unter den Juden 5,5 pCt., unter den Jüdinnen 1 pCt. zuvor syphilitisch gewesen; unter den Russen 25 pCt., unter den Russinnen 9 pCt.

Paralytiker waren unter diesen Nervenkranken bei den Juden 0,4 pCt., bei den Jüdinnen 0 pCt., bei den Russen 2,0 pCt., bei den Russinnen 1 pCt.

Hieraus ergibt sich, dass die allgemeine Paralyse annähernd im gleichen Verhältnisse wie die Syphilis verbreitet ist.

Am Schlusse seiner Arbeit regt Verf. zur Lösung der interessanten Frage an: „Ist bei einem Tabiker oder Paralytiker das Vorkommen eines harten Schankers möglich oder bereits beobachtet?“

Digitized by Google

Inhalt.

Seite

1. Psychologie. Ref.: Fränkel-Dessau 3*

Carus, Paul, The soul of man. An investigation of the facts of physiological and experimental psychology. With 152 illustrations and diagrams. *Mercier, Charles*, Das Nervensystem in der Kindheit. *Bastian, Charlton*, Ueber die der Aufmerksamkeit und dem Willen unterliegenden neuralen Processe. *Oelzelt-Newin* (Bern), Ueber sittliche Dispositionen. *Rosenbach, O.*, I. Bemerkungen zur Mechanik des Nervensystems (die oxygene, organische Energie). *Bolton*, Growth of memory in school-children. *Noyes, W.*, On certain particularities of the Knee-jerk in sleep in a case of terminal dementia. *Pellegrini*, Le nozioni di quantità e di spazio nei pazzi.

2. Psychophysik. Ref.: Max Dessoir-Berlin 10*

Beiträge zur experimentellen Psychologie von *Hugo Münsterberg*. Die Hauptgesetze des menschlichen Gefühlslebens. Von *Alfr. Lehmann*. Aus dem Dänischen übersetzt. Zur Theorie des Wiedererkennens. Eine Replik von *Harald Hoeffding*. Zur Chronometrie des Erkennungsactes. Von *E. B. Titchener*. Ein neuer Apparat zur Controle zeitmessender Instrumente. Beschrieben von *O. Kuelpe* und *A. Kirschmann*. Theoretische und experimentelle Begründung der Fehlermethoden. Von Dr. *Julius Merkel*. Eine neue Theorie der Lichtempfindungen. Von *Christine Ladd-Franklin*. *Schumann, F.*, Ueber die Schätzung kleiner Zeitgrössen. *Dessoir, Max*, Ueber den Hautsinn. *Waller, Aug.*, Ueber die „Hemmung" willkürlicher und elektrisch hervorgerufener Muskelcontractionen durch periphere Reizung.

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: v. Krafft-Ebing-Wien 21

Marandon de Montyel, Ueber sogenannte verbrecherische Irre. *Baker, John*, Some points connected with Criminals. *Giraud*, Der dritte internationale Congress für Criminalanthropologie

Digitized by Google

Seite

in Brüssel. *Laurent*, Die Krankheiten des Willens bei den Verbrechern. *Aubry*, Eine Verbrecherfamilie, als Beitrag zur Hereditätslehre. *Camuset*, Ein geisteskranker Mörder. „Insane Criminals in Belgium." *Garnier*, Die Verpflichtung des Untersuchungsrichters zur Berücksichtigung des Geisteszustands bei gewissen Gefangenen. *Semal*, Die moralische und juridische Zurechnungsfähigkeit als Gegenstand ärztlicher Expertise. *Tigges*, Die Stellung der Psychiatrie zum geltenden Strafgesetz und zu den strafrechtlichen Reformbestrebungen. *Moyer*, *Harold*, Sachverständige und sachverständiges Zeugniss. *Mendel*, Zur Frage der Entmündigung der Geisteskranken und der Aufnahmebedingungen in eine Irrenanstalt. *Bornträger*, Geistesgesund oder geisteskrank? *Forel*, Das Recht im Irrenwesen. *Ascher*, Zur staatlichen Beaufsichtigung der Irrenanstalten. *Giraud*, Der Irrengesetzentwurf vor dem Conseil supérieur der Assistance publique. *Lafont*, Der Irrengesetzentwurf vor der Deputirtenkammer. *Garnier, S.*, Kritik des von dem Conseil supérieur der Assistance publique gemachten Irrengesetzentwurfs. *Kurella*, Die öffentliche Fürsorge für Idioten. *Chambard*, Irrenunterstützung. *Forel*, Ueber Irrengesetzgebung. Vortrag im Verein schweizerischer Irrenärzte am 20. Juni 1892. *Meyhöfer*, Zur conträren Sexualempfindung. *v. Krafft-Ebing*, Bemerkungen über geschlechtliche Hörigkeit und Masochismus. *Magnan*, l'obsession criminelle morbide, übers. von Dr. *Lewald*. *Ladame*, Zwangsvorstellungen zu morden, übers. von *Lewald*. *Kaan*, Die forensische Bedeutung der Zwangsvorstellung. *Cullere*, Hypnotismus und Forum. *Benedikt*, Wiener medic. Wochenschrift, No. 44. *v. Krafft-Ebing*, Die Bedeutung der Menstruation für das Zustandekommen geistig unfreier Zustände. *Wood Renton, A.*, „Insanity and Divorce". *Frigerio*, Die Psychosen traumatischen Ursprungs. *Ricardi*, Notizen und Beobachtungen über eine Reihe von Prostituirten. *Tamassia*, *Arrigo*, In causa di simulazione di pazzia. *Becker*, Sammlung gerichtsärztlicher Gutachten. *Kautzner*, Gerichtsärztliche Fälle. Mittheilungen des Vereines der Aerzte in Steiermark. *Dornblüth*, Entmündigungsgutachten über einen Kranken mit hereditärem Irresein. *Marandon de Montyel*, Gerichtlich medicinischer Beitrag zur Folie circulaire. *Camuset*, Ein geisteskranker Mörder. *Masbrenier*, Unzuchtsdelict an Kindern, begangen von einem Alkoholiker. *v. Krafft-Ebing*, Ueber Eifersuchtswahn beim Manne. *Forel*, Internationale Monatsschrift zur Bekämpfung der Trinksitten. *Motet* u. *Ballet*, Doppelmord und Mordversuch, begangen von einem Trinker. *Krauss*, *William C.*, The People vs. Sadie Mc. Mullen — A medico legal case. *Tambroni*, Fall von simulirtem Irresein. *Ast*, Geistesstörung in der Untersuchungshaft. *Rode*, *Léon de*, Hysterie bei zwei Schwestern. Diebstähle in Kaufläden. *Angelucci*, Gerichtsärztliches Gutachten. *Diller*, *Theodor*, The psychological state of Berkman, the Assaliant of H. C. Frick. *Boedecker, J.*, Ein forensischer Fall von inducirtem Irresein. *Schaefer*, Ein Wort zum Schutze geisteskranker Soldaten gerichtet an das Preussische Officier- und Sanitätsofficiercorps. *Wellenbergh*, Misshandlung und Beleidigung durch einen aufgeregten Schwachsinnigen mit epileptischem Charakter.

Digitized by Google

Seite

4. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und Therapie.
Ref.: Snell-Hildesheim 53*

Allgemeine Pathologie 53*

Charcot, Clinique des maladies du système nerveux. Leçons du Professeur, Mémoires, Notes et Observations parus pendant les années 1889—90 et 1890—91 et publiés sous la direction de *Georges Guinon* etc. *Régis, G.*, Manuel pratique de médecine mentale. Avec une préface par *M. Benjamin Ball.* Ourage couronné par la Faculté de médecine de Paris. Deuxième édition, entièrement revue et corrigée. *Meynert*, Naturexperimente am Gehirn. *Wernicke, C.*, Grundzüge einer psychiatrischen Symptomenlehre. *Bruns, L.*, Ueber Störungen des Gleichgewichtes bei Stirnhirntumoren. *Pick*, Beiträge zur Lehre von den Hallucinationen. *Séglas* und *Londe*, Ueber die Hallucinationen und im Besonderen die psychomotorischen Worthallucinationen in der Melancholie. *Chvostek, F.*, Beiträge zur Theorie der Hallucinationen. *Klippel*, Störungen der Leberfunction bei Geisteskranken. Folie hépatique. *D'Abundo, G.*, Ueber die Giftigkeit des Blutes Geisteskranker. Ricerche cliniche, batteriolog., sperimentali. *Beadles*, Gallensteine bei Geisteskranken. *Bissel, H.*, Ueber die Menstruation unter den Geisteskranken. *Senator, H.*, Ueber Mitbewegungen und Ersatzbewegungen bei Gelähmten. *v. Bechterew, W.*, Ueber eine neue Untersuchungsmethode der Sehnenreflexe und über Veränderungen letzterer bei Geisteskrankheiten und Epileptikern. *Leyden, E.*, Ueber die hemiopische Pupillenreaction *Wernicke*'s (hemianoptische Pupillenstarre). *Wilbrand, Hermann*, Ueber Gesichtsfeldveränderungen bei functionellen Störungen des Nervensystems. *Krypiakiewicz, Joseph*, Einige Betrachtungen über das Blut der Geisteskranken. *Kiernan*, Ist Genie eine geistige Erkrankung? *Wernicke, C.*, Ueber fixe Ideen. *Krypiakiewicz, Josef*, Ueber die Wirkung der atmosphärischen Luftdruckerniedrigung auf die Geisteskranken. *Benedikt, Moritz*, Ueber Hyperästhesien der Kopfknochen. *Lailler*, Ueber die Acetonurie bei den Geisteskranken. *Tomlinson*, Sensorische und sensorisch-motorische Störungen in Verbindung mit Geisteskrankheit vom biologischen und physiologischen Standpunkt. *Richardson, B. W.*, Die Cerebrospinalachse als Wärme entwickelndes Centrum und hydrostatisches System. *Turner*, Die bei Geisteskranken vorkommenden Asymmetrien des Gesichts. *Cullerre, A.*, Ueber den plötzlichen Tod in seinen Beziehungen zu der neuropathischen Erblichkeit. *Nicolau*, Todesfurcht und Selbstmord. *Ireland*, Der Pessimismus in seinem Verhältniss zum Selbstmord. *Mucha, H.*, Influenza-Epidemie in der Provinzial-Irrenanstalt zu Göttingen. *Chaddock*, Die Möglichkeit der Heilung bei Geisteskrankheiten. *Pieraccini* (Ferrara), Un fenomeno non ancora descritto nelle allucinazioni visive. *Roscioli* (Neapel), Atrofia delle estremità in alienata in seguito di disturbi vasomotori. *Luciani, L.*, Das Kleinhirn. Deutsche Ausgabe besorgt von *M. O. Fraenkel. Séglas*, Les troubles du langage chez les aliénés. *Leubuscher, G.* und *Ziehen, Th.*, Klinische Untersuchungen über die Salzsäureabscheidung des

Digitized by Google

Seite

Magens bei Geisteskranken. *v. Frankl-Hochwart, L.*, Ueber Augensymptome bei Neurosen.

Aetiologie 78*

Atwood, Untersuchungen über die Ursachen der Geisteskrankheiten. *Ferguson*, Geisteskrankheiten nach Erschöpfung, acuten Erkrankungen, Verletzungen etc. *Mairet* und *Bosc*, Geisteskrankheit in Folge von Ernährungsstörungen. Experimentelle Untersuchungen über die Existenz dieser Art von Geistesstörung. *Abegg, H.*, Ein Fall von psychischer Störung bei Schrumpfniere, mit Sectionsbericht. *Fisher*, Geistige Störungen bei multipler Neuritis. *Wagner*, Ueber die körperlichen Grundlagen der acuten Psychosen. *Mickle, Jul.*, Der traumatische Factor bei Geistesstörungen.

Therapie 82*

Talcot, Diätetische Maassnahmen bei Behandlung der Geisteskranken. *Alder Blumer*, Die Musik in ihren Beziehungen zum Gemüth. *Cullerre, A.*, Nervöse Transfusion bei Geisteskranken. *Gilles de la Tourette*, Die Anwendung rascher und stetiger Schwingungen zur Behandlung einiger Krankheiten des Nervensystems. *Hammond*, Velocipedfahren als Heilmittel bei nervösen Erkrankungen. *Tomlinson*, Indicationen und Anwendungsweisen von Muskelübungen bei Behandlung der Geisteskrankheiten und verwandter Leiden. *Eulenburg*, Elektrotherapie und Suggestionstherapie. *Mosing, Wilhelm*, Zur Würdigung der Suggestivtherapie. *Gerrish*, Die therapeutische Anwendung des Hypnotismus. *Donath, J.*, Ueber Hypnotimus und Suggestionstherapie. *Cullerre, A.*, La Thérapeutique suggestive et ses applications aux maladies nerveuses et mentales, à la Chirurgie, à l'Obstétrique et à la Pédagogie.

5. Pathologische Anatomie. Ref.: Ripping-Düren . . 87*

Feist, Ein Fall von Heterotopie im Rückenmark eines Paralytikers. *Marinesco, G.*, Ueber Veränderung der Nerven und des Rückenmarks nach Amputationen. *Brasch, Martin*, Zur Casuistik der pontilen Herderkrankungen. *v. Bechterew, W.*, Zur Frage über die Striae medullares des verlängerten Markes. *Kronthal* und *Kalischer*, Ein Fall von progressiver Chorea mit pathologischem Befunde. *Darkschewitsch*, Ueber die Veränderungen in dem centralen Abschnitt eines motorischen Nerven bei Verletzung des peripheren Abschnittes. *Kirilzew, S.*, Zur Lehre vom Ursprung und centralen Verlauf des Gehörnerven. *Redlich, Emil*, Die hinteren Wurzeln des Rückenmarkes und die pathologische Anatomie der Tabes dorsalis. *Bregmann, E.*, Ueber experimentelle aufsteigende Degeneration motorischer und sensibler Hirnnerven. *Poniatowsky, A.*, Ueber die Trigeminuswurzeln im Gehirn des Menschen, nebst einigen vergleichend anatomischen Bemerkungen. *Zinn, W.*, Das Rindenfeld des Auges in seinen Beziehungen zu den primären Opticuscentren etc. *Rorie, James*, Ein Fall von Gehirnschwulst. *Donaldson, Henry*, Anatomische Beobachtungen an dem Gehirn und einzelnen Sinnesorganen der blinden Taubstummen Laura

Digitized by Google

Seite

Bridgeman. *Donaldson*, Die Ausdehnung der Rinden-Sehsphäre beim Menschen, mit Rücksicht auf die Untersuchung des Gehirns der Bridgeman. *Wollenberg, Robert*, Ueber das Verhalten der Spinalganglien bei der Tabes dorsalis. *Hösel, Otto*, Die Centralwindungen ein Centralorgan der Hinterstränge und des Trigeminus. *Williamson* (London), Veränderungen in den Tract. opt. und im Chiasma in einem Falle von einseitiger Atrophie des N. opticus. *Buxton, W. L.* und *Goodall, E.*, Ueber gewisse mikroskopische Veränderungen in den Nerven der Extremitäten bei progressiver Paralyse. *Miles, Alex*, Mechanismus der Hirnverletzungen (Hirnerschütterung). *Mott, Fred.*, Aufsteigende Degeneration nach Läsionen des Rückenmarkes bei Affen. *Dupuy, Eugène* (Paris), The rolandic area cortex. *Mesehede, Franz*, Ueber die den paralytischen Anfällen zu Grunde liegenden pathologisch-anatomischen Veränderungen. *Richter, Alfred*, Schädelcapacität und Hirnatrophie bei Geisteskranken. *Richter, Alfred*, Ueber Ausgüsse von Schädeln Geisteskranker. *Hoche, A.*, Beiträge zur Kenntniss des anatomischen Verhaltens der menschlichen Rückenmarkswurzeln im normalen und im krankhaft veränderten Zustande (bei der Dementia paralytica). *Fürstner*, Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse, insbesondere über die Veränderungen des Rückenmarkes und der peripheren Nerven.

6. Specielle Pathologie und Therapie. Ref.: Pelman-Bonn 103*

Magnan, V., Psychiatrische Vorlesungen. Deutsch von *Möbius*. II./III. Heft. Ueber die Geistesstörung der Entarteten. XV. 123. *Savage*, Influenza und Neurose. *Mills*, Die nervösen und psychischen Symptome und die Folgezustände der Influenza. *Canger*, Sul delirio da Influenza. Nota clinica. *Hospital*, Beobachtungen über Katalepsie. *Marandon de Montyel*, Ein Fall von „folie sans délire". *Targowla*, Ein Fall von intermittirender symmetrischer Asphyxie der Extremitäten bei einem Melancholischen. *Christian, J.*, Die Grössenideen beim Verfolgungswahn. *Nonne, M.*, Casuistische Beiträge zum Capitel der Nervenunfallserkrankungen. *Coester*-Wiesbaden, Auch eine traumatische Neurose. *Hübscher, C.*, Motorische Asthenopie bei traumatischer Neurose. *Wilbrand, Hermann*, Ueber die Veränderungen des Gesichtsfeldes bei den traumatischen Neurosen. *Vibert*, Ueber traumatische Neurose. *Donath, Jul.*, Weitere Beiträge zu den traumatischen Neurosen. *Holz*, Kehlkopfbefund bei einer traumatischen Neurose. *Schmidt-Rimpler*, Zur Simulation concentrischer Gesichtsfeldeinengungen mit Berücksichtigung der traumatischen Neurosen. *Placzek*, Der *Förster*'sche Verschiebungstypus, ein „objectives" Symptom der traumatischen Neurose. *Persking*, Die traumatischen Neurosen in ihrer forensischen Bedeutung (Entschädigungsklagen). *Nolau, M. J.*, Ist die Katatonie eine besondere Form der Geistesstörung? *Nolau, M. J.*, Fünf Fälle von sogenannter Katatonie. *Goodall, Edwin*, Bemerkungen über Katatonie. Klinische Bemerkungen und Fälle. *Nash, Vincent*, Ein Fall

Digitized by Google

Seite

von Herzruptur bei einem Melancholischen. *Newth*, Fälle von Geistesstörung aus der allgemeinen ärztlichen Praxis. *Hughes*, Die epidemische entzündliche Neurose oder die neurotische Form der Influenza. *Gilmore, Amelia*, Das Irresein des Wochenbettes. *Krauss, William C.*, Beweise für Erblichkeit. *Camuset*, Einfluss der Cholera auf den psychischen Zustand Geisteskranker. *Arnaud*, Ueber Verneinungswahn. *Ballet*, Der Verfolgungswahn mit systematischer Entwickelung. *Huchard*, Die locale Neurasthenie. *Peyer, Alexander*, Die Angina pectoris nervosa s. spuria (Pseudoangina, Angina hysterica) beim Manne. (Ein Beitrag zu der Lehre von der sexuellen Neurasthenie.) *Kaan, H.*, Der neurasthenische Angstaffect bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang. *Joseph, L.*, Zur Aetiologie der Neurasthenie. *Gugl, Hugo*, Die Grenzformen schwerer cerebraler Neurasthenie. Neuropathologische Studien von *Gugl* und *Stichl*. *Raymond* und *Arnaud*, Ueber gewisse Fälle von Aboulie mit Fragesucht und Bewegungsstörung. (Zweifelsucht mit Berührungsfurcht). *Magnan*, Héréditaires dégénérés. *Galippe* (Paris), Ueber dentale Psychosen (de l'obsession dentaire). *Charcot* und *Magnan*, Ueber die Onomatomanie. *Hoevel*, Ueber posttyphöse Dementia acuta, combinirt mit Polyneuritis. *Heryng*, Plötzlicher Tod bei latenter Leptomeningitis tuberculosa. *Meyer, Carl*, Sechzehn Fälle von Halbtraumzustand. *Werner, R.* (Leubus), Zur klinischen Kenntniss des Eifersuchtswahnes der Männer. *Flesch*, Psychose im ersten, vorübergehende Meliturie im zweiten Wochenbett. *Krafft-Ebing, R. v.*, Bemerkungen über „geschlechtliche Hörigkeit" und Masochismus. *Krafft-Ebing, R. v.*, Ueber Eifersuchtswahn beim Mann. *Rosse*, Dreifache Persönlichkeit. *Channing*, Die Entwicklung der Paranoia. Mittheilung einer Krankengeschichte. *Siemerling, E.*, Ein Fall schwerer Neuropsychose, ausgezeichnet durch congenitale Anomalien des Centralnervensystems. *Sanger Brown* (Chicago), Ueber hereditäre Ataxie, mit einer Serie von 21 Fällen. Bemerkungen hierzu von *Ormerod* (London) und *Bernhardt* (Berlin). *Mande, A.*, Fall von Ophthalmoplegie mit *Basedow*'scher Krankheit. *Trevelyan, E. F.* (Leeds), Cerebrospinal-Meningitis. *Baumgarten*, Die Neurosen und Reflexneurosen des Nasenrachenraumes. *Limbeck, R. v.*, Zur Lehre von den Lähmungen durch Blitzschlag. *Pelman*, Zwangsvorstellungen und ihre Behandlung. *Friedmann, M.*, Ueber Nervosität und Psychosen im Kindesalter. *Kaes, Th.*, Untersuchungen über Verwirrtheit. *Cramer, A.*, Ueber das Verhalten des Blutdruckes während der Angst der Melancholischen. *Wollenberg, Rob.*, Drei Fälle von periodisch auftretender Geistesstörung. Nuova Rivista di psichiatria, neuropathologia, medicina legale, antropologia criminale e terapia. Giorn. clinico, sperimentale illustrato. Dir. Dott. *A. Grimaldi* (Napoli). *Fronda*, La pazzia negli emigranti. *Ventra*, Esalgina nelle Malattie mentali. *Hitzig*, Ein Beitrag zur Hirnchirurgie. Klinischer Vortrag, gehalten am 4. Mai 1892. *Boettiger*, Trional als Hypnoticum. *Garnier*, Bemerkungen über das Trional und Tetronal in der psychiatrischen Praxis. *Brie*, Ueber Trional als Schlafmittel. *Raimondi* und *Mariottini*, Trional und Tetronal. *Friedenreich*, Zwei Fälle

Digitized by Google

Seite

tödtlicher Sulfonalvergiftung. *Helweg, K.*, Mittheilung eines Falles von Sulfonalvergiftung mit Sectionsbefund und Rückenmarksuntersuchung. *Jolles*, Sulfonalvergiftung. *Johnstone, Carleyle*, Bemerkungen über den Gebrauch von Sulfonal als Sedativum und Hypnoticum. *Collins, Joseph*, Die Behandlung der Schlaflosigkeit. *Stichl, A.*, Beitrag zur Behandlung nervöser Störungen des Verdauungstractes. *Paul* (Paris), Behandlung der Neurasthenie mittelst Transfusion von Nervensubstanz. *Vassale*, Sul trattamento del mixedema colle injezioni di succo di Tiroide. *Berillon*, Die Behandlung nervöser Krankheiten durch Suggestion. *Robertson, G. M.*, Die Anwendung der Hypnose bei Geisteskranken *Caminer*, Beobachtungen über Salophen.

7. Paralyse und Geistesstörungen mit Syphilis. Ref.: Kirn-Freiburg 145*

Geill, Christian (Aarhus), Beobachtungen über die allgemeine progressive Paralyse. *Moravcsik*, Ueber die Initialsymptome der progressiven Paralyse. *Guillemin* (Dôle), Beitrag zum Studium der Remission der allgemeinen Paralyse. *Ballet, Gilbert*, Die Beziehung der Tabes dorsalis zur allgemeinen Paralyse. *Joffroy*, Ueber die Natur und die Beziehungen der Tabes und der allgemeinen Paralyse. *Rendu*, Die Beziehungen der Tabes zur allgemeinen Paralyse. *Charcot* und *Dutil* (Paris), Ueber einen Fall allgemeiner progressiver Paralyse mit sehr vorzeitigem Beginn. (Paralysie générale juvenile.) *Kornfeld* und *Bikeles* (Wien), Untersuchungen über das Verhalten der Hautsensibilität, sowie des Geruchs- und Geschmackssinnes bei Paralytikern. *Kornfeld* und *Bikeles* (Wien), Untersuchungen über das Verhalten der Pupillen bei Paralytikern. *Fronda, Rodrigo* (Nocera), Die Peptonurie bei Paralytischen. *Redlich* (Wien), Zur Charakteristik der reflectorischen Pupillenstarre bei progressiver Paralyse. *Fürstner* (Strassburg), Ueber periphere Neuritis bei progressiver Paralyse. *Obersteiner* (Wien), Hallucinationen im Verlaufe der progressiven Paralyse. *Lissauer* (Breslau), Klinisches und Anatomisches über die Herdsymptome bei der Paralyse. *Brie* (Bonn), Ueber Herdsymptome bei progressiver Paralyse. *Ascher* (Dalldorf), Ueber Aphasie bei progressiver Paralyse. *Sizaret Fils*, Beobachtung von Selbstmord bei einem allgemeinen Paralytiker. *Boubila, Hadjès* et *Cossa*, Ueber die Anwendung des Chlorgold-Natrium bei der allgemeinen progressiven Paralyse. *Rabow* (Lausanne), Bemerkungen über die Ursachen der Dementia paralytica im Allgemeinen und über ihr Auftreten im Canton Wallis im Besonderen. *Evrard, Henri*, Beitrag zum Studium der Aetiologie der allgemeinen Paralyse. *Wilson* (Edinburg), Ueber die Diathese der allgemeinen Paralyse. *Macpherson* und *Wallace*, Ueber die chirurgische Behandlung der allgemeinen Paralyse. *Klippel*, Ueber die Pseudo-Paralysie générale arthritique. *Hüfler* (Chemnitz), Progressive Paralyse bei einem 21jährigen Mädchen nach vorhergegangener syphilitischer Infection. *Obersteiner* (Wien), Die Beziehungen der Syphilis zur progressiven Paralyse. *Jakobson* (Copenhagen), Das Verhältniss zwischen

Digitized by Google

Seite

allgemeiner Paralyse der Irren und Syphilis. *Popow* (Charkow), Dementia paralytica syphilitica. *Raymond* (Paris), Syphilis und allgemeine Paralyse. *Oebeke* (Bonn), Zur Syphilis des Centralnervensystems und der Psychosen. *Erlenmeyer* (Benndorf), Ueber eine durch congenitale Syphilis bedingte Gehirnerkrankung. *Régis, E.*, Syphilis und allgemeine Paralyse. *Raymond* (Paris), Aetiologie der Tabes dorsalis. *Erb* (Heidelberg), Ueber syphilitische Spinalparalyse. *Proksch, J. K.*, Die Literatur über die venerischen Krankheiten von den ersten Schriften über Syphilis aus dem Ende des fünfzehnten Jahrhunderts bis Ende 1889. 3. (Schluss-) Band. Besonderer Theil II: Syphilis und Hydrargyrose.

8. Epilepsie, Hysterie, moralisches Irresein. Ref.: Stark-Stephansfeld 166*

Peterson, F., Die Fürsorge für die Epileptischen. *Bellat*, Contribution à l'étude de l'épilepsie symptomatique. *Pitres*, Die partielle sensible Epilepsie. *Kisseljow, W.*, Zur Frage der experimentellen Epilepsie. *Maunoury* et *Camuset*, Veraltete Epilepsie traumatischen Ursprungs (Schädelfractur). Trepanation im Umkreis der Narbe. Keine Veränderung im Zustand des Pat. *Walton* und *Carter*, Die Aetiologie der Epilepsie, mit besonderer Berücksichtigung des Zusammenhanges von Epilepsie und Krampfzuständen im Kindesalter. *Marie, P.*, Infection und Epilepsie. *Bremer, L.*, Die Reflextheorie bei nervösen Krankheiten. *Féré, Ch.*, Bemerkung über die „Névralgie épileptique de la face". *Zacher*, Ueber einen Fall von Migraine ophthalmique mit transitorischer epileptoider Geistesstörung. *Nias*, Fall von Exophthalmus nach Epilepsie. *Ott, Isaac*, Der Sitz der Absinth-Epilepsie. *Eward, Theodores*, Epileptic colonies. *Pershing, Howell*, Jacksonian epilepsy. *Scandhautner*, 2 Fälle von *Jackson*'scher Epilepsie. *Patnam, J. W.*, Schlafbewegungen bei Epilepsie. *Browning, W.*, Ungleichheit der Pupillen bei Epileptischen. *Antonelli*, Die transitorische Amblyopie. *Voisin* et *Péron*, Recherches sur l'albuminurie postparoxystique chez les épileptiques. *Voisin* et *Péron*, Recherches sur la toxicité urinaire chez les épileptiques. *Mairet* und *Bosé*, Ueber den Einfluss isolirter epileptischer Anfälle auf die Temperatur. *Sachs, B.*, Was können wir von der chirurgischen Behandlung der Epilepsie erwarten? *Wagner*, Ueber die chirurgische Behandlung der corticalen Epilepsie. *Benedikt*, Ueber die operative Behandlung der idiopathischen Epilepsie. *Price, Joseph*, Chirurgische Behandlung der Epilepsie. *Babes*, Ueber die Behandlung der genuinen Epilepsie und der Neurasthenie mittelst subcutaner Injectionen von normaler Nervensubstanz. *Donath*, Aethylenum bromatum, ein neues Mittel gegen Epilepsie. *Mairet*, Traitement de l'épilepsie par le borate de soude. *Deny*, Behandlung der Epilepsie mit Strontium bromatum und Kalium bromatum. *Kisselew*, Hydrastinin bei Epilepsie. *Cousot*, Ueber die Natur der Hysterie. *Jolly*, Ueber Hysterie bei Kindern. *Putnam, J. W.*, Hysterie bei Kindern. *Ayres, Samuel*, Hysterie bei einem Knaben von 8 Jahren. *Trowbridge, G. R*, Beziehung

Digitized by Google

Seite

zwischen Chorea und Epilepsie. *Bremer, L.*, Intermittirende hysterische (?) Paralyse. *Hughes, C. H.*, Hysterische Symptome bei organischen Nervenkrankheiten. *Janet*, L'anaesthésie hysterique. *Janet*, Die hysterische Amnesie. *Janet*, Die Suggestion bei Hysterischen. *Cochez*, Fall von Hysterie, an disseminirte Sclerose erinnernd. *Guinon, G.*, Verdoppelung der Persönlichkeit auf hysterischer Basis (hysterischer Vigilambulismus). *Ghilarducci*, Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Hysterie und organischen Hirnerkrankungen. *Blocq* et *Sollier*, Sur un cas d'hystérie mâle atypique, avec troubles particulairs de la sensibilité. *Remak*, Zur Semiotik der hysterischen Deviationen der Zunge und des Gesichtes. *Charcot*, Hysterische Hemiplegie von Blitzschlag. *Leber*, Ueber periphere Sehnerven-Affectionen bei Hysterischen. *Weill*, Astasie-Abasie à type choreique, arrêt instantané de l'astasie-abasie par la pression de certaines regions. *Boeteau*, Automatisme somnambulique avec dédoublement de la personnalité. *Mesnet*, Somnambulisme spontane dans ses rapports avec l'hystérie. *Charcot*, Toux et bruits laryngés chez les hystériques les choréiques, les tiqueux et dans quelques autres maladies des centres nerveux. *Babinski, J.*, Hypnotismus und Hysterie. *Gilles de la Tourette* und *Cathelineau*, Der Stoffwechsel bei Hysterie. *Gilles de la Tourette* et *Cathelineau*, La nutrition dans l'hystérie. *Maravosik*, Ueber hysterische Geistesstörung. *Blocq, Paul*, Die Stigmata der Hysterie. *Poisier*, Sur un Syndrôme hystérique, simulant la Pachyméningite cervicale hypertrophique. *Ballet*, Le sommeil provoqué par l'occlusion des oreilles et des yeux chez les individus affectés d'anesthésie hystérique generalisée. *Hitzig*, Schlafattacken und hypnotische Suggestion. *Steiner*, Ueber hysterischen Schlaf. *Zukowski*, Ein Fall von Castration bei hochgradiger Hysterie. *Strümpell*, Ueber einen Fall von schwerer Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen. *Schaffer, Karl*, Untersuchungen über die elektrischen Reactionsformen bei Hysterischen. *Hirt*, Eine Epidemie von hysterischen Krämpfen in einer Dorfschule. *Rieger, K.*, Psychische Epidemie, Hysterie und Hypnotismus. *Kirchgässer, Gisbert*, Ueber epidemisch auftretende Krämpfe. *Salmeron*, De l'Hystérie alcoolique. *Neveu-Dewtról*, De l'Hystérie consécutive à l'Intoxication par la Morphine.

9. Delirium acutum. Alcoholismus. Toxische Psychosen und Neurosen. Ref.: Peretti-Merzig . . . 208*

Crothers, Das Gesetz der Periodicität bei der Trunksucht. *Crothers*, Trunksucht verursacht durch psychisches Trauma. *Wright*, Ueber einige in der Natur und Behandlung der Trunksucht enthaltene Grundsätze. *Crothers*, Klinische Notiz über die Trunksucht. *Mackenzie, Hector W. G.*, Alcoholismus und Tuberculose. Verbrechen und Trunksucht. *Westergaard*, Zur Alkoholfrage in Dänemark. *Chaddock, C. G.*, Die Gesichtstäuschungen des Alkoholdelirium. *Beldau*, Ueber Behandlung der Trunksucht mit Strychnin. *Baer*, Die Unterbringung und Behandlung von Gewohnheitstrinkern. *Souques*, Auf Veränderung des Orts (ambulatoire) gerichteten Automatismus bei

Digitized by Google

Seite

einem Dipsomanen. *Krukenberg, H.*, Beiträge zur Kenntniss des Delirium tremens. *Tuckey, L.*, Der Werth der Hypnose bei chronischem Alcoholismus. *Rahts*, Die Heilanstalten des deutschen Reiches. Nach den Erhebungen der Jahre 1886, 1887 u. 1888. I. Abtheilung: Die allgemeinen Krankenhäuser. *Hitzig*, Morphium, Abstinenzerscheinungen und Magen. *Vausant*, Behandlung der Opiumsucht. *Conolly Norman*, Cocainismus. *Smith, Percy*, Cocainismus. *Lewin*, Ueber Nikotinismus. *v. Bechterew*, Ueber neuropsychische Störungen bei chronischem Ergotismus. *Naecke*, Eigner, schwerer Fall von Jodoform-Intoxication. *Anders*, Chronische Bleivergiftung. *Peterson*, Drei Fälle von acuter Manie in Folge von Einathmung von Schwefelkohlenstoff. *Marcuse*, Ueber einen Fall von Chininpsychose. *Marro*, Psychose in Folge von Quecksilbervergiftung. *Baker, L. W.*, Arzneimittelgewöhnung. *Kellogg, Theo. H.*, Die Intoxicationspsychosen. *Legrain*, Étude sur les poisons de l'intelligence. (Fortsetzung und Schluss.) *Beuss*, La rage à Paris.

10. Idiotie und Cretinismus. Ref.: Wildermuth-Stuttgart 230*

Bourneville, Die chirurgische Behandlung der Idiotie. *Kurz, E.* (Florenz), Eine Craniectomie wegen Mikrocephalie. *Bourneville*, Recherches cliniques et thérapeuthiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu au service des enfants idiots, épileptiques et arrierés de Bicêtre pendant l'année 1890. *Kölle* und *v. Schulthess*-Rechberg, VI. Bericht der Schweizer Anstalt für Epileptische a. d. Rüti bei Zürich-Riesbach. 44. Jahresbericht der Heil- u. Pflegeanstalt für Schwachsinnige und Epileptische in Stetten i. W. *Sarcozzi, A.*, Chronischer Hydrocephalus bei einer 44jährigen Frau. *Grimaldi*, La quistione dell' assistenza ed educazione degl' idioti e tardivi. *Wiedemeister*, Mittheilung eines Falles von Polyurie bei einer Gehirnkranken.

11. Anstaltswesen. Ref.: Laehr sen.-Schweizerhof . . . 238*

Cowles, Die Seminarmethode in Irrenanstalten und Hospitälern. *van Deventer*, Betrachtungen über die Pflege der Geisteskranken. *Leppmann, A.*, Die ärztliche Fürsorge für Geisteskranke ausserhalb der Anstalt. *Dewey, R.*, Old and new ideas with regard to the work and the organization of institutions for the Insane. *Allbutt*, The proposed Hospitals for the Treatment of the Insane. *Walmsley*, The Desirableness of Throwing open our Asylums for the Post-Graduate Study of Insanity. Bericht über das Krankenhospital zu Allerheiligen in Breslau für 1891/92. Leubus. Bunzlau. Brieg. Bericht der Prov.-Irren-, Heil- und Pflegeanstalt zu Rittergut Alt-Scherbitz und der „Kaiser-Wilhelm-Augusta-Stiftung" für 1890/91 u. 1891/92. Allenberg. und Kortau in Prov. Ostpr. Schwetz i. Westpr. Neustadt i. Westpr. Lauenburg i. P. Hildesheim. Schleswig. Frankfurt a. M. Das Irrenwesen im Königr. Sachsen. 23. Bericht des Landes-Med.-Colleg. über das Medicinalwesen für 1891.

Digitized by Google

Seite

Sachsenberg bei Schwerin. Lübeck. Bericht der nied.-österr. Landesirrenanstalt Wien, Ybbs, Klosterneuburg und Kierling-Gugging pro 1890. Bericht der steierm. Landesirrenanstalt Feldhof, incl. der Filialen Lankowitz, Kainbach, Hartberg für 1891. Bericht der Vorarlberger Landesirrenanstalt Valduna pro 1891. Stenjevec (Croatien). St. Pirminsberg. Waldau. 6. Bericht der schweizer. Anstalt für Epileptische auf der Rüti bei Zürich-Riesbach pro 1891. Bericht über die Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden, Aargau pro 1891. *Gugl, Hugo* und *Stichl, Anton*, Anstaltsbericht des Sanatoriums Mariagrün bei Gratz. Verslag van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten en over den Staat dier Gestichten in de Jare 1885, 1886 en 1887, opgemaakt door de Inspecteurs voor het Staatstoezicht op de Krankzinnigen en de Krankzinnigengestichten in Nederland. *Baker, Robert*, Retreat Centenary (President. Address). *Hack Tuke*, Retrospective Glance at the Early Hist. of the Retreat, York. 15. Ann. Rep. of the Northampton C. Lun. As. at Berry Wood for 1891. 21. Ann. Rep. of the Man. of the Buffalo State Hosp. for the Y. 1891. 75. Rep. Friends As. f. the Ins. Philadelphia, 1892. Ann. Rep. of the Departement f. th. Ins. of the Pensylvania Hosp. For the y. ending 4 th month 20 th, 1892. Report of the Eastern Michigan Asylum at Pontiac for the biennial period ending June 30. 1892. 18. Bericht des Brandenburgischen Hilfsvereins für Geisteskranke zu Eberswalde über 1891/92. Bericht der Unterstützungskasse der Hessischen Landesirrenanstalten für 1891/92. Bericht über den Hilfsverein für Geisteskranke in Sachsen-Meiningen 1892. 16. Bericht des Züricher Hilfsvereins für Geisteskranke über 1891. 23.—25. Bericht des St. Gallischen Hilfsvereins für Gemüthskranke über 1889, 1890 und 1891.

12. Statistik. Ref.: Tigges-Düsseldorf 263*

Der 46. Bericht des Commissioners in Lunacy. 14. Bericht der Inspectoren der Geisteskranken in Irland. Trinkerasyle in England. 33. Jahresbericht des General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland. *Hargood, W.*, Lunacy in Norway 1891. *Worcester*, The mortality of epilepsy in asylums for the insane. Irrenstatistik für Holland, nach dem Bericht der Irrenanstaltsinspectoren für die Jahre 1882—1884. Alcoholismus und Geisteskrankheiten. *Rahts*, Die Heilanstalten des deutschen Reichs nach den Erhebungen der Jahre 1886, 1887 und 1888. I. Abtheilung: Die allgemeinen Krankenhäuser. *Ruysch* und *van Andel*, Bericht der staatlichen Aufsichtsbehörde über die Geisteskranken im Jahre 1890.

Nachtrag zu: **7. Paralyse und Geistesstörungen mit Syphilis.** Ref.: Kirn-Freiburg 278*

Azoulay, Léon und *Regnault, Félix*, Ueber den Automatismus bei der allgemeinen Paralyse. *Vallon* (Villejuif), Verstümmelungen durch automatische Bewegungen bei den allgemeinen Paralytikern. *Näcke* (Hubertusburg), Ueber katatonische

Digitized by Google

Symptome im Verlaufe der Paralyse bei Frauen. *König* (Dalldorf), Ueber passagere Sprachstörungen bei Paralyse. *Ascher* (Dalldorf), Ueber Aphasie bei allgemeiner Paralyse. *Neisser* (Leubus), Fall von progressiver Paralyse complicirt durch spinale progressive Muskelatrophie. *Awtowkratow* (*Mendel*'s Laboratorium), Ueber Veränderungen in den Kernen der Hirnnerven bei paralytischem Blödsinn. *Oebeke* (Bonn), Zur Aetiologie der allgemeinen fortschreitenden Paralyse. *Toulouse, E.*, Syphilis und allgemeine Paralyse; Alcoholismus und allgemeine Paralyse; Criminalität und Entartung; das Contagium der Geistesstörung. *Homén*, Eine eigenthümliche bei 3 Geschwistern auftretende typische Krankheit unter der Form einer progressiven Dementia in Verbindung mit ausgedehnten Gefässveränderungen (wohl Luës hereditaria tarda). *Gajkiewicz* (Warschau), Syphilis des Nervensystems. *Hoyt, Frank C.*, Ein Fall von Hirnsyphilis. *Minor* (Moskau), Ein statistischer Beitrag zur Syphilis-Tabes-Frage.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

N.B 887

Digitized by Google

Digitized by Google